



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anu Niemelä

HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMA VÄ- KIVALTA TAI SEN UHKA KOTIHOI- DOSSA

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anu Niemelä
Opinnäytetyön nimi	Hoitohenkilöstön kokemus väkivalta tai sen uhka kotihoitossa
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	53 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidossa fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja miten kyseisiä tapahtumia ennaltaehkäistään ja hoidetaan. Lisäksi haluttiin selvittää vaikuttaako väkivalta tai sen uhka työntekoon ja mitkä olivat väkivallan tai uhkailun syyt. Tavoitteena oli, että työnantaja saa tietoa mahdollisista väkivaltatapahtumista, ja pystyy hyödyntämään tutkimuksesta saatua tietoa käytännössä, esimerkiksi parantamalla ennaltaehkäisevää toimintaa ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia. Tavoitteena oli myös lisätä työntekijöiden tietoisuutta asiasta, jotta heillä on mahdollisuus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi tapahtumiin sekä omaan työturvallisuuteensa.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään väkivaltaa, väkivallan uhkaa ja väkivallan ehkäisyä sekä kotihoitoa. Tutkimus on kvantitatiivinen ja sen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen. Kyselyyn vastasi yhteensä 72 hoitoalan työntekijää.

Tutkimustulosten perusteella 80,6 % vastanneista työntekijöistä oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa. Tulokset osoittivat, että enemmistö oli kokenut psyykkistä väkivaltaa kuin fyysistä väkivaltaa. Vastaajilta kysyttiin myös kuinka usein he olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa. Valtaosalle vastaajista sitä oli tapahtunut kuitenkin harvoin. Yleisimmin väkivallan taustalla olivat olleet muistisairaat asiakkaat sekä mielenterveysasiakkaat, johtuen asiakkaan aggressiivisuudesta tai provosoitumisesta. Yli puolet vastanneista ei ollut tehnyt HaiPro-ilmoitusta tapahtuneesta väkivallasta tai sen uhasta. Apua ja tukea oli saatu keskustelemalla työkavereiden sekä esimiehen kanssa. Kuitenkin lähes 70 % vastanneista ei ollut hakenut apua. Väkivalta ja sen uhka aiheuttivat erilaisia tuntemuksia työntekijöissä, kuten ahdistusta, turvattomuutta ja pelkoa, mutta eivät juurikaan työpoissaoloja. Enemmistö vastaajista oli saanut mielestään riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä. Lisäksi yli puolet vastaajista koki, että työpaikalla oli kerrottu väkivallan tai sen uhan riskeistä. Kuitenkin lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että yksintyöskentelyn turvallisuuden ei ollut kiinnitetty huomiota.

ABSTRACT

Author	Anu Niemelä
Title	Violence or a Threat of Violence as Experienced by the Nursing Staff in Home Health Care
Year	2017
Language	Finnish
Pages	53 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this bachelor's thesis was to find out if there is physical or mental violence or a threat of such violence in the home health care of the Federation of Municipalities Kaksineuvoinen and how those incidents are prevented and managed. A further purpose was to find out whether violence or the threat of it affects the work and which were the reasons for that. The aim was to let the employer know about the possible violent incidents and how they can use the information of this study in practice, for example improving the preventive action and debriefing after a violent incident. The aim was also to increase the knowledge of employees so they have a chance to prevent the situations and promote safety at work.

The theoretical framework deals with violence, threat of violence and prevention of violence and also home health care. The study is quantitative and the material was collected with a questionnaire. The results were analyzed using SPSS-programme. The questionnaire was answered by 72 nursing employees.

The results show that 80,6 % of the respondents had experienced violence or a threat of it. The results showed that a majority of the respondents had experienced more of mental violence than physical violence. The respondents were also asked how often they had experienced violence or a threat of it. Most of them had experienced it rarely. Most often violence was caused by clients with memory problems as well by mental health clients. It was caused by the client's aggressiveness or provocation. Over a half of the respondents had not made HaiPro-report of the violent incident that had happened or of a threatening situation. They got help and support by discussing with co-workers and the immediate superior. Still almost 70 % of respondents had not searched help. Violence and a threat of it caused different feelings among workers for example anxiety, insecurity and fear. No notable absence from work was caused by this. Most of the respondents felt that they got adequate safety at work -orientation for the job. In addition over a half of the respondents felt that they have been told about the risk of violence or of the threat of violence at

workplace. Still nearly a half of the respondents thought that not enough attention was paid to safety at work when working alone.

Keywords	Violence, threat of violence, prevention of violence, home health care
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	9
2	VÄKIVALTA.....	11
2.1	Väkivallan taustatekijöitä.....	11
2.2	Aggressio väkivallan taustalla	12
2.3	Fyysinen väkivalta	12
2.4	Psyykkinen väkivalta	13
2.5	Työväkivalta	14
2.6	Väkivallan uhka	14
2.7	Uhan tai väkivallan kohtaaminen ja niiden jälkihoito	15
3	VÄKIVALLAN EHKÄISY	19
3.1	Vuorovaikutus ennaltaehkäisyssä	22
3.2	Muita ennaltaehkäisyn keinoja	23
4	KOTIHOITO	25
4.1	Kotihoidon sisällön määrittely	25
4.2	Kotihoito toimintana	26
4.3	Kotihoidon asiakkaat	26
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	29
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	30
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	30
6.2	Kohderyhmä.....	30
6.3	Aineiston keruu.....	30
6.4	Aineiston analysointi	31
7	TUTKIMUSTULOKSET	32
7.1	Taustakysymykset.....	32
7.2	Työturvallisuus	33

7.3	Väkivallan kokeminen	36
7.4	Väkivallasta ilmoittaminen ja avun hakeminen	40
8	POHDINTA.....	43
8.1	Tutkimustulosten pohdinta.....	43
8.2	Tutkimuksen eettisyys	45
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	46
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	48
	LÄHTEET.....	51

LIITTEET

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

Taulukko 1. Vastanneiden ikäjakauma.	32
Taulukko 2. Työntekijöiden työvuodet kotihoidossa.	33
Taulukko 3. Riittäväksi koettu turvallisuusperehdytys työhön.	34
Taulukko 4. Työntekijöille oli informoitu väkivallan tai sen uhan riskeistä.	34
Taulukko 5. Työpaikalla yhteisesti sovitut toimintatavat liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin.	35
Taulukko 6. Yksintyöskentelyn turvallisuuteen kiinnitetty huomio.	35
Taulukko 7. Vastaajien kokema väkivalta tai sen uhka.	36
Taulukko 8. Vastaajien tekemät HaiPro-ilmoitukset väkivalta- ja uhkatilanteista.	41
 Kuvio 1. Työpaikalla koettu väkivallan muoto.	 37
Kuvio 2. Koetut fyysisen väkivallan muodot työpaikalla.	38
Kuvio 3. Koetut psyykkisen väkivallan muodot työpaikalla.	39
Kuvio 4. Väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyneet henkilöt.	40
Kuvio 5. Väkivallan tai sen uhan vaikutukset työntekijöissä.	42

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje.

LIITE 2. Kyselylomake.

1 JOHDANTO

Väkivalta hoitotyössä on lisääntynyt merkittävästi. Sitä esiintyy paljon esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä ja päivystyksessä, mutta sitä ei ole tutkittu kovin paljoa kotihoidossa. Kotihoidossa tehdään vuorotyötä ja työskennellään pääasiassa yksin asiakkaan kotona. Nykyään myös yhä huonokuntoisempia, pitkäaikais- ja monisairaita, asiakkaita hoidetaan ja tullaan hoitamaan kotona, koska vuodeosastopaikkoja vähennetään. Lisäksi kotihoidon asiakaskunta on laaja. Kotona hoidetaan iäkkäitä, dementoituneita, mielenterveyskuntoutujia sekä päihdeasiakkaita. (Ikonen 2015, 19–20, 42–43.) Mahdollisuus väkivallalle ja sen uhalle on siis olemassa.

Hoitoalan lisäksi väkivaltaa esiintyy paljon sosiaalialalla. Sundell (2014, 16–17) kertoo, että tilastokeskuksen teettämän työvoimatutkimuksen mukaan vartiointialan työssä oli suurin riski kokea väkivaltaa, mutta sosiaali- ja terveysalalla tapahtui määrällisesti eniten työväkivaltatapauksia.

Väkivaltaa esiintyy hyvin monessa eri muodossa. Näitä voivat olla esimerkiksi rasismi, toisen syrjiminen, hyväksikäyttö, huomiotta jättäminen ja laiminlyönti. (Suomen mielenterveysseura 2016 a.) Tässä tutkimuksessa keskitytään fyysiseen ja psyykkiseen väkivaltaan ja väkivallan uhkaan sekä osittain sukupuoliseen häirintään ja ahdisteluun.

Idea aiheeseen syntyi Tehy-lehden (Oksanen & Poijula 2015, 30–33) artikkelin pohjalta, sillä se oli kiinnostava. Siinä käsiteltiin muun muassa sitä, miten väkivalta voi vaikuttaa ihmiseen ja millaista apua tilanteiden jälkeen olisi tarjottava. Aihe rajautui koskemaan hoitajien kokemaa väkivaltaa tai sen uhkaa töissä, jonka taustalla ovat asiakkaat tai heidän omaisensa. Työpaikaksi valikoitui kotihoito.

Tiedonhaussa tekijä käytti Internet-lähteitä ja kirjoja sekä erilaisia tietokantoja tutkimuksien hakemiseen. Näitä tietokantoja olivat Cinahl, PubMed ja Medic. Hakukriteereinä olivat aiheeseen ja avainsanoihin liittyvä materiaali. Tekijä pyrki rajaamaan tutkimukset ja muut lähteet maksimissaan kymmenen vuoden takaisiksi. Tieteellisiä tutkimuksia aiheesta ei löytynyt useita, joten aihealuetta tuli hieman laa-

jentaa koskemaan yleisemmin hoitoalaa eikä vain kotihoitoa. Hakusanoina käytettiin muun muassa ”Home health care”, ”Workplace violence” ja ”Occupational Safety”. Lisäksi suomenkielisistä hakusanoista käytettiin ”Väkivalta”, ”Hoitotyö” ja ”Kotihoito”.

2 VÄKIVALTA

Väkivaltaa ilmenee monessa eri muodossa. Karkeasti se voidaan jakaa fyysiseen eli ruumiilliseen ja psyykkiseen eli henkiseen väkivaltaan. Se voi olla toisen lyömistä ja potkimista mutta myös toisen loukkaamista sanallisesti tai aiheuttamalla muuten vain henkistä stressiä sekä kärsimystä. (Suomen mielenterveysseura 2016 a.) Erään määritelmän mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai myös sillä uhkaamista. Se voi kohdistua toiseen ihmiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön. Väkivalta voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen. (Väkivalta ja terveys maailmassa 2005, 21.)

Yhtenä muotona voi olla myös sukupuolinen häirintä ja ahdistelu. Se on yksipuolista, fyysistä tai sanallista seksuaaliväritteistä käyttäytymistä. Kohteelle se on epämiellyttävää, ei-toivottua tai vastentahtoista, aina. Sen muotoina voivat olla esimerkiksi seksuaalisesti vihjaavat eleet, ilmeet, puheet sekä ehdotukset, kaksimieliset vitsit, härskit puheet tai fyysinen lähentely ja koskettelu. Näissä tilanteissa esimerkiksi työkaveri tai asiakas voi olla ahdistelijana. (Työterveyslaitos 2014.)

2.1 Väkivallan taustatekijöitä

Konfliktitilanteessa väkivalta voi osoittautua ainoaksi keinoksi suojata heikkoa itsetuntoa ja omanarvontuntoa sekä ainoa keino säilyttää omat kasvot ja päästä tilanteesta voittajaksi. Kuitenkin häpeä ja kokemus siitä, että on eriarvoinen, voivat vaikuttaa taustalla. Kyse voi olla myös siitäkin, että konfliktitilanteessa väkivallan uhriksi joutunutta on pidetty esimerkiksi esteenä tai hidasteena. Tekoon johtaneita syitä voi olla useita, ja monesti väkivalta onkin useiden asioiden toteutumista yhtäaikaisesti. (Sundell 2014, 13.)

Monesti väkivallan laukaisee jokin tekijä. Väkivaltaisen käyttäytymisen todelliset syyt ovat jossakin syvemmällä, useimmiten ihmisessä itsessään. Aggressiot ja antisosiaaliset käyttäytymismallit vaikuttavat väkivallan taustalla ja ne voivat kummuta kaukaa, jo lapsuuden ja nuoruuden traumaista sekä muista elämän varrella koetuista, itse aiheutetuista ja itsestä riippumattomista, ongelmista ja olosuhteista. (Sundell 2014, 13.)

2.2 Aggressio väkivallan taustalla

Sundellin (2014, 14) mukaan aggressiot vaikuttavat väkivallan taustalla. Myös aggression taustalla on olemassa jokin tekijä, joka vaikuttaa. Taipumus siihen, että joku käyttäytyy aggressiivisesti voi olla osin perittyä ja osin opittua. Perintötekijät ovat ne, jotka voivat altistaa henkilöä. Ne yhdessä muiden tekijöiden kanssa voivat johtaa väkivaltaisiin tekoihin. Pienikin ärsyke saattaa laukaista aggression väkivallaksi. Tällainen tekijä voi liittyä esimerkiksi toisen henkilön toimintaan tai joihinkin olosuhteisiin.

Työntekijällä on tärkeää olla tietoa aggression syistä, jotta hän osaa suhtautua tällaiseen käyttäytymiseen oikein. Taustalla voi vaikuttaa monia asioita, esimerkiksi henkilön elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä, kuten päihteiden käyttöä, mielenterveysongelmia ja syrjäytymistä. Taustalla voi olla myös persoonaan liittyviä piirteitä. Tällaisia persoonallisuuden piirteitä voivat olla esimerkiksi heikko itsetunto, itsekeskeisyys, heikosti kehittynyt tunne-elämä, lyhytjännitteisyys, kyvyttömyys sietää ahdistavia tilanteita sekä kateus ja kielteinen asennoituminen. Muun muassa nämä piirteet johtavat siihen, että henkilöllä on vaikeuksia selviytyä arjen tavallisista toiminnoista. Kierre alkaa siitä, kun henkilö, jolla on häiriintynyt persoona, voi pitää ympäristöään uhkaavana ja kokee tarvetta puolustaa sitä jatkuvasti. Konfliktit toistuvat ja lisäävät turhautumista sekä negatiivisuutta ympäröivään maailmaan. Lopulta tämä johtaa aggressioihin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Sundell 2014, 14–15.)

2.3 Fyysinen väkivalta

Jokaisella ihmisellä on itsemääräämisoikeus omasta kehostaan ja vain henkilöllä itsellään on valta päättää siitä, kuka siihen voi koskea ja millä tavoin. Hän myös määrittää, mikä tuntuu hyvältä ja mikä ei. Toisen kehon satuttaminen, fyysinen väkivalta, tarkoittaa tämän fyysisen koskemattomuuden ja itsemääräämisoikeuden loukkaamista sekä rikkomista. Fyysinen väkivalta voi aiheuttaa uhrille lievempiä vammoja, kuten mustelmia tai jopa vakavia vammoja. Joskus ulkoisia vammoja ei synny, mutta väkivalta voi aiheuttaa psyykkisiä seurauksia. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

Fyysinen väkivalta voi olla monenlaista. Sen muotoja ovat töniminen, tuuppiminen, läimäyttämisen, lyöminen, potkiminen, hiuksista repiminen, pureminen, raapiminen, liikkumisen estäminen, teräaseella vahingoittaminen tai kuristaminen. (Väestöliitto 2016 a.)

2.4 Psyykkinen väkivalta

Psyykkinen väkivalta tarkoittaa samaa kuin henkinen väkivalta. Sen uhrit kokevat henkisen väkivallan usein fyysistä raskaampana. Ennen fyysistä väkivaltaa koetaan usein myös henkistä väkivaltaa, jonka muotoja ovat esimerkiksi toisen mitätöinti, halventaminen ja solvaaminen. (Väestöliitto 2016 b.)

Henkistä väkivaltaa ei aina mielletä väkivallaksi niin kuin fyysistä väkivaltaa. Se ei tapahdu niin selkeästi ulospäin eikä jätä ulkoisia jälkiä, sillä se satuttaa enemmän sisältäpäin, esimerkiksi vahingoittamalla itsetuntoa ja omanarvontuntoa. Henkinen väkivalta voi ilmetä esimerkiksi välinpitämättömänä kohteluna, haukkumisena, väkivallalla uhkailuna sekä pelotteluna. Se voi myös olla nöyryyttävää kohtelua, arvostelua, loukkaamista, eristämistä tai tarkkailua ja toiminnan rajoittamista. Sen seuraukset ovat psyykkisiä. Pelko, ahdistus, arvaamattomuuden sekä syyllisyyden tunteet ovat tavallisia. (Suomen mielenterveysseura 2016 b.)

Australiassa tehdyn tutkimuksen (Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull 2010, 13,16–17) mukaan jopa noin kolmasosa kyselyyn vastanneista hoitajista oli kokenut henkistä väkivaltaa viimeisen viiden työvuoron aikana. Uhan ja fyysisen väkivallan luvut olivat pienemmät. Tuloksista kävi myös ilmi, että suurimman osan fyysisen ja psyykkisen väkivallan sekä uhkailun taustalla olivat potilaat ja omaiset. Myös joissakin tapauksissa henkinen väkivalta oli lähtöisin työkavereilta. Lisäksi koettu väkivalta lisääntyi, kun osastojen ympäristö koettiin epävakaaksi (esimerkiksi sairaanhoitajien vähäinen määrä ja työmäärän lisääntyminen). Tutkimuksessa oli mukana 3099 hoitajaa ja vastauksia saatiin 2487, jolloin vastausprosentiksi tuli 80,3 %. Tutkimus toteutettiin satunnaisesti valituilla kirurgisilla osastoilla Australian kahdessa eri osavaltiossa vuosien 2004–2006 aikana.

2.5 Työväkivalta

Työväkivalta tarkoittaa tapahtumaa, jossa työntekijä on joutunut loukkaamisen kohteeksi. Loukkaaminen voi olla sanallista, kuten nöyryyttämistä ja haukkumista, työntekijää voidaan uhata esimerkiksi nyrkillä, puukolla tai potkimalla huonekaluja tai jopa pahoinpidellä työoloissa niin, että se voi johtaa hänen turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä vaarantumiseen suorasti tai epäsuorasti. Asiakkaat sekä heidän omaisensa, mutta myös työyhteisö voi käyttää väkivaltaa tai uhkailla sillä toista työntekijää. Kun väkivaltaa kohdistavana henkilönä on juuri asiakas tai potilas, puhutaan asiakasväkivallasta. (Työterveyslaitos 2016; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016 b; Työturvallisuuskeskus TTK 2010, 66.)

Sundell (2014, 16–17) kertoo, että tilastokeskuksen teettämän työvoimatutkimuksen mukaan vartiointialan työssä oli suurin riski kokea väkivaltaa, mutta sosiaali- ja terveysalalla tapahtui määrällisesti eniten työväkivaltatapauksia. Uhkailu oli selvästi yleisempää kuin itse fyysinen väkivalta. Tilanteet, joihin voi liittyä väkivaltaisia tekoja, eivät aina välttämättä etene tavoin, jolla asiakas ne haluaisi. Myös ongelmat työntekijän ja asiakkaan välisessä kommunikaatiossa voivat kärjistää uhkatilanteen väkivallaksi. Provosoiminen ja sanallinen sekä sanaton uhkailu edeltävät usein fyysisistä väkivaltaa. Joskus myös työntekijän toiminta ja käytös voivat olla provosoivaa. Väkivalta voi olla kahdenlaista: impulsiivista sekä hallitsematonta aggressiota tai sitten harkittua ja tarkoituksenmukaista. Tämä riippuu siitä, mitä väkivallalla halutaan saavuttaa. (Sundell 2014, 16–17.)

2.6 Väkivallan uhka

Väkivaltaa ja sen uhkaa voi esiintyä kaikissa ammateissa, mutta enemmän sitä on esimerkiksi terveydenhoitoalalla, sosiaalialalla ja turvallisuusalalla. Joissakin ammateissa uhkatilanteet kuuluvat työnkuvaan ja toisissa ne ovat vain satunnaisia kertoja. Tilastokeskuksen artikkelin mukaan vuonna 2007 tehdyssä työvoimatutkimuksessa kävi ilmi, että kyseisenä vuonna 100 000 työntekijää oli kokenut jonkinlaista väkivaltaa vähintään kerran. Heistä jopa yli 40 000 työskenteli sosiaali- ja

terveysalalla. Riskiä lisää muun muassa yksintyöskentely, ilta- ja yötyö, päihtyneiden asiakkaiden kohtaaminen ja lääkkeiden käsittely. (Työsuojeluhallinto 2015; Piispa & Hulkko 2009.)

Väkivallalla ja sen uhalla on vaikutuksia työntekijän työhyvinvointiin. Vaikka työpaikalla ei olisi sattunut mitään, uhka voi kuitenkin aiheuttaa haitallista työkuormitusta työntekijälle. (Työsuojeluhallinto 2015.)

Työturvallisuuslaki (L23.8.2002/738) määrittelee 5:nnessä luvussa 27 §:ssä väkivallan uhkaa seuraavasti:

”Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen.”

2.7 Uhan tai väkivallan kohtaaminen ja niiden jälkihoito

Työntekijän kohdatessa uhkaileva tai väkivaltainen potilas joutuu hän fyysisesti sekä psyykkisesti koviin. Tilanteilla on myös olennainen vaikutus koko työyhteisöön, kuten viihtyvyyteen ja jaksamiseen. Väkivaltatilanteet lisäävät pelkoa, kiukua ja ahdistusta, jotka taas vaikuttavat heikentävästi työtehoon. Jatkuessaan nämä tilanteet voivat pahimmillaan kasaantua ja aiheuttaa sekä yksilössä että koko työyhteisössä lamaantumista, tai päinvastoin, kostonhalua mahdollisilla seuraavilla kerroilla. Voimakkaan vihamielisyyden takana voi olla esimerkiksi juuri tukahduttettu pelko. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 86; Suomen mielenterveysseura 2016 c.)

Pelko on luonnollinen tunne, joka tukee selviytymistä. Vaaratilanteissa erilaiset pelot saavat ihmisen varautumaan, mutta ne voivat tehdä ihmisestä myös varovaisen, vastuullisen ja viisaan. Pelolla on olemassa eri voimakkuuksia. Se voi olla lievää, kuten epävarmuus tai jännitys. Se voi olla myös niin voimakasta, että ihminen me-

nee jopa paniikkiin. Pelko on sinänsä hankala tunne, sillä sitä voi olla vaikea kohdata. Helpompi vaihtoehto on torjua ja työntää se sivuun. Erityisesti silloin, jos riittävät keinot käsitellä pelkoa puuttuvat. (Suomen mielenterveysseura 2016 c.)

Yksilöille on ominaista kokea uhkaavat sekä väkivaltaiset tilanteet eri tavoin. Näiden erojen lisäksi tapahtuman vakavuus voi aiheuttaa erityyppisiä jälkireaktioita, joiden pituus ja voimakkuus voivat vaihdella. Tavanomaisia reaktioita ovat esimerkiksi ahdistus, uniongelmat, itsesyytökset, kiukunpuuskat, nöyryytetyksi tulemisen tunne sekä kostonhalu. Lisäksi vaikutukset voivat yltää jopa uhriksi joutuneen työviihtyvyyteen ja -motivaatioon, työsuoritukseen sekä työssä jaksamiseen. (Lehestö ym. 2004, 86; Työturvallisuuskeskus TTK 2010, 66.)

On tavanomaista, että tapahtuneet väkivaltatilanteet ja uhkailut pidetään salassa. Riippumatta siitä, mikä väkivallan muoto oli kyseessä, uhriksi joutunut saattaa peitellä tilannetta ja vammojaan tai jopa puolustella toisen käytöstä. Lisäksi syyllisyyden, häpeän ja pelon tunteet voivat vaikuttaa ehkäisevästi avun hakemiseen. (Suomen mielenterveysseura 2016 a.)

Kun traumaattinen tilanne sattuu työpaikan henkilökunnalle, on työnantajan pidettävä huoli siitä, että apua on saatavissa välittömästi. Tässä tärkeässä roolissa on työterveys. Lisäksi työnantajalla on erityinen merkitys työntekijän tukemisessa ja avun tarjoamisessa. Traumaattinen tilanne saa aikaan erittäin suuria tunteita ja juuri nämä tunteet tulisi käsitellä. Voimakkaat pelon ja turvattomuuden tunteet ovat mahdollisia. Ne voivat jopa rajoittaa ja ohjata henkilön elämää. Lisäksi psyykkisten ongelmien, kuten ylireagoimisen ja vainoharhaisuuden, ilmeneminen on mahdollista. Tilanteen aiheuttamat tunteet voivat näin heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä. (Sundell 2014, 136–137.)

Sattuneista väkivaltatilanteista tulisi tehdä HaiPro-ilmoitukset. Se on työkalu, jonka avulla edistetään potilasturvallisuutta ja kehitetään yksiköiden sisäistä toimintaa. Sen avulla ilmoitetaan vaara- ja läheltä piti -tapahtumat sekä jo tapahtuneet haittatilanteet, jotka ovat sattuneet potilastyössä joko potilaalle tai työntekijälle itselleen. Ilmoituksen tekemisen jälkeen tapahtumaa päästään tutkimaan, jolloin siitä voidaan

oppia jotain uutta. Ilmoituksen tekeminen on ensimmäinen askel kohti muutosta. (Awanic Oy 2016.)

Jotta palautuminen tilanteesta alkaisi, on tärkeää että väkivallan uhrilla on erilaisia tukiverkostoja ja tukimuotoja. Näitä ovat esimerkiksi henkinen jälkihoito, johon kuuluu ryhmämuotoinen käsittely, kuten defusing ja debriefing, ja muunlainen ammattiapu. Ne ovat ammatillista kriisityötä, josta vastaavat yleensä jotkut työpaikan ulkopuoliset, tehtävään koulutetut henkilöt. Defusing eli purkukokous järjestetään heti paikanpäällä tapahtuneen tilanteen jälkeen, johon osallistuvat kaikki tilanteessa mukana olleet työpaikan jäsenet. Siinä puretaan tilanteesta syntyneitä reaktioita sillä ajatuksella, että työkyky palautuisi nopeasti. Lisäksi on tärkeää, että kokemuksia saa purkaa vertaistukiryhmässä eikä tarvitse olla yksin kokemassa kaikkia tunteita. Purkukokouksessa pystytään myös arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarve. Jälkipuintitilaisuus eli debriefing järjestetään muutama päivä tapahtuman jälkeen. Sitä voi olla vetämässä esimerkiksi mielenterveystyön ammattilainen, ja se koostuu seitsemästä vaiheesta. Se tarjoaa työntekijöille mahdollisuuden käsitellä niitä tunteita ja ajatuksia, joita kriittinen tilanne tuo esiin sekä auttaa niiden käsittelyssä. Kuitenkin yksi tärkeimmistä tukimuodoista on perheen, läheisten ja ystävien sekä työka vereiden sekä työnantajan tuki ja keskusteluapu. (Sundell 2014, 137; Ennakoi väkivaltaa työssä 2017; Rantaeskola ym. 2015, 185–186.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Payne & Appel 2007, 49–50, 52) tutkittiin työntekijöiden työpoissaoloja erilaisten loukkaantumisten vuoksi. Tiedot oli otettu paikasta nimeltä Bureau of Labor Statistics, jonne tiedot oli tilastoitu. Sieltä pyydettiin tietoa pahoinpitelyistä aiheutuneista vammoista sekä ylirasituksista viideltä eri ammattiryhmältä vuosien 1993–2002 väliseltä ajalta. Nämä ammattiryhmät olivat vanhainkodin työntekijät, kotihoidon työntekijät, sairaalassa työskentelevät, työntekijät lääkärin vastaanotolla sekä kaikki työntekijät yksityisillä toimialoilla Yhdysvalloissa. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että vanhainkodin työntekijät olivat eniten poissa töistä johtuen pahoinpitelyistä aiheutuneista loukkaantumisista sekä ylirasituksesta. Myös kotihoidon työntekijät ja sairaalassa työskentelevät joutuivat olemaan jonkin verran poissa töistä. Näissä havaittiin kuitenkin vähentymistä vuosien

aikana. Terveysthuollon työntekijät kokevat silti kaikista eniten väkivaltaa muihin työntekijöihin verrattuna. Kotihoidon työntekijöillä on useita riskitekijöitä työssään, kuten yksintyöskentely ja liikkuva työpaikka. Heidän uskoisi kokevan useammin väkivaltaa. Kuitenkin tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että vanhainkodin työntekijät kokevat väkivaltaa useammin. (Payne ym. 2007, 49–50, 52.)

Yhdysvalloissa Oregonin kuudessa osavaltiossa toteutettiin tutkimus (Nakaishi, Moss, Weinstein, Perrin, Rose, Anger, Hanson, Christian & Glass 2013, 441, 443, 445–446), jossa tutkittiin kotihoitajien kokemaa työpaikkaväkivaltaa kotihoito-ohjelmassa. Tutkimukseen osallistui 83 kotihoidon naistyöntekijää sekä kaupungeista että maalaiskunnista. Lisäksi tutkimukseen osallistui suuri joukko muita työntekijöitä kahdesta eri ryhmästä (n=110). Työkokemusta kotihoidon työntekijöillä oli keskimäärin 9,8 vuotta. Tutkimus toteutettiin aikavälillä maaliskuu 2009 – helmikuu 2010. Tutkimuksen tulosten mukaan eniten koettiin henkistä väkivaltaa (65 %), sitten fyysistä väkivaltaa (44 %), seksuaalista ahdistelua (41 %) ja vähiten seksuaalista väkivaltaa (14 %). Lisäksi tutkimuksesta nousi esiin kolme teemaa, jotka saattavat lisätä työpaikkaväkivallan riskiä. Ensimmäisenä teemana oli se, että monet kotihoitajat eivät puhu keskenään tapahtuneesta työväkivallasta, vaikka monet olivat sitä kokeneet. Heistä monet eivät tienneet, että muutkin ovat kokeneet sitä. Tämä johtunee siitä, että työ ei kovin yhteisöllistä ja se on luonteeltaan eristäytynyttä. Lisäksi monet vastaajista kertoivat väkivallan olevan vain osa työtä.

Toisena teemana tutkimuksessa oli väkivallan sietäminen. Syitä siihen, että vaarallisista tilanteista ei lähdetty, olivat muun muassa työntekijän taloudelliset rajoitteet ja heikko tilanne (ei ole varaa menettää työtä), töiden rajoitettu saatavuus muilla aloilla, pelko siitä, että syytetään asiakkaan hylkäämisestä sekä asiakkaan ja työntekijän välinen side sekä velvollisuudentunne. Kolmantena teemana oli rajoitettu koulutus ja resurssit. Tutkimus paljasti, että väkivaltaa kokeneet kotihoidon työntekijät saavat rajoitetusti tukea. Heillä on vaihtoehtoina kertoa joko johdolle tai poliisille, tai sitten lopettaa työt. Kuitenkin tutkimukseen osallistuneet olivat sitä mieltä, että he tarvitsevat koulutusta. Tarvetta oli muun muassa kehittää itsevarmuutta ja kommunikaatitaitoja, tunnistaa vaaran merkit, kuinka suojata itsensä uhalta ja väkivallalta ja mistä hakea tukea. (Nakaishi ym. 2013, 448–449.)

3 VÄKIVALLAN EHKÄISY

Väkivallan ehkäisyssä on tärkeää varautua ennalta väkivaltatilanteisiin kouluttamalla ja perehdyttämällä henkilökuntaa. Heille tulee antaa lisäksi perustietoa uhkatilanteista sekä tietoa työpaikan omista käytänteistä ja toimintamalleista, jotka on sisäisesti sovittu. On tärkeää selvittää ja ennakoida vaaratilanteita sekä suunnitella työskentelyolosuhteet mahdollisimman turvallisiksi työntekijöille. Yksintyöskentely voi esimerkiksi altistaa työntekijän fyysiselle väkivallalle tai sen uhalle. Työsuojeluviranomaiset korostavat väkivaltatilanteita varten laadittujen menettelytapaohjeiden merkitystä siltä varalta, jos tapaus sattuu omalle kohdalle. (Aluehallintovirasto 2013; Sundell 2014, 29.)

Työturvallisuuslain (L23.8.2002/738) 5:nnen luvun 29 §:ssä sanotaan yksintyöskentelystä seuraavasti:

”Työssä, jossa työntekijä työskentelee yksin ja johon siitä syystä liittyy ilmeinen haitta tai vaara hänen turvallisuudelleen tai terveydelleen, työnantajan on huolehdittava siitä, että haitta tai vaara yksin työskenneltäessä vältetään tai se on mahdollisimman vähäinen. Työnantajan on myös työn luonne huomioon ottaen järjestettävä mahdollisuus tarpeelliseen yhteydenpitoon työntekijän ja työnantajan, työnantajan osoittaman edustajan tai muiden työntekijöiden välillä. Työnantajan on myös varmistettava mahdollisuus avun hälyttämiseen.”

Työturvallisuuslain (L23.8.2002/738) mukaan työnantajan tulee antaa työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Työntekijä tulee perehdyttää riittävän hyvin työhön, työpaikan olosuhteisiin, työmenetelmiin sekä turvallisiin työtapoihin erityisesti ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista. Näiden lisäksi työntekijälle annetaan opetusta ja ohjausta, jotta voidaan estää työn haittoja ja vaaroja sekä turvallisuutta ja terveyttä uhkaavia haittoja tai vaaroja.

Yhdysvaltalaisen artikkelin (Brillhart, Kruse & Heard 2004, 227–229) mukaan kotihoitoon määrä lisääntyy kun sairaalassaolopäivät vähenevät. Myös kuntoutushoitajien kotikäynnit lisääntyvät. Artikkelin mukaan monet hoitajat olivat huolissaan omasta turvallisuudestaan mennessään kotikäynneille. Tehdyn kyselykartoituksen

perusteella, johon osallistui 83 satunnaisesti valittua kuntoutushoitajaa, tehtiin ohjeistukset kotikäyntejä varten. Näiden ohjeistusten avulla työntekijät pystyivät varmistamaan oman turvallisuutensa yhteiskunnassa sekä kotikäynneillä. Ohjeina oli muun muassa, että aina tulee olla tietoinen ympäristöstään, autossa tulisi olla riittävästi bensaa, auto pitäisi pysäköidä näköetäisyydelle ja avaimet tulisi olla nopeasti saatavilla. Lisäksi ohjeissa oli, että kotikäynti tulisi peruuttaa jos asiakas tai joku perheenjäsen on väkivaltainen, humalassa tai ottanut huumeita. Pahoinpitely ja väkivalta tulisi arvioida ja ilmoittaa eteenpäin.

Työturvallisuuskeskus TTK:n (2010, 10–11) mukaan työsuojelun toimintaohjelmassa on asetettu tavoitteet liittyen työpaikan työterveys- ja työturvallisuustoiminnalle. Lisäksi siinä on tavoitteet työkykyä ylläpitävälle toiminnalle. Työsuojeluvas-
tuut sekä työsuojelutoiminnan toteutustapa ovat myös selvitetty ohjelmassa. Työsuojelun toimintaohjelman laatiminen on velvoitettu koskemaan kaikkia työnantajia. Ohjeelliseen sisältöön kuuluu muun muassa työsuojelutoiminta, työterveys-
huolto, työsuojelun huomioiminen yrityksen toiminnassa, yrityksen sisäiset turvallisuusohjeet, työympäristön kuvaus- ja kehittämistarpeet sekä työolojen seuranta-
kohteet.

Työsuojelun toimintaohjelmassa esiin tulleet tavoitteet huomioidaan työpaikan kehittämistoiminnassa sekä suunnittelussa. Yhteistoiminnassa niitä käsitellään joko työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa. Työpaikan toimialan, koon, tuotanto- tai palvelutavan ja arvioitujen työympäristöriskien mukaan määräytyvät toimintaohjelman sisältö ja muoto, laajuus sekä toteutustapa. (Työturvallisuuskeskus TTK 2010, 11.)

Työsuojelun yhteistoiminnan osapuolina ovat työnantaja ja työntekijät. Sen tavoitteena on edistää työnantajan sekä työntekijöiden välistä vuorovaikutusta. Tämän lisäksi sen tavoitteena on mahdollistaa työntekijöiden osallistuminen ja vaikuttaminen työpaikan turvallisuutta sekä terveellisyttä koskeviin asioihin. Työsuojelun yhteistoiminta perustuu työturvallisuuslakiin ja työmarkkinajärjestöjen sopimukseen. (Työturvallisuuskeskus TTK 2010, 11.)

Työntekijät valitsevat keskuudestaan työsuojeluvaltuutetun, jonka tehtävänä on edustaa työntekijöitä työpaikan työsuojeluyhteistoiminnassa sekä suhteessa työsuojeluviranomaisiin. Työpaikalla tulee työskennellä säännöllisesti vähintään kymmenen työntekijää, jotta työsuojeluvaltuutettu ja kaksi varavaltuutettua valitaan. Työsuojeluvaltuutetun tehtävään kuuluu edustaa työntekijöitä silloin, kun työpaikalla käsitellään asioita työnantajan kanssa, mitkä kuuluvat työsuojelun yhteistoimintaan. Lisäksi hänen tulee perehtyä työsuojelusäännöksiin ja kiinnittää työntekijöiden huomiota asioihin, jotka liittyvät työn turvallisuuteen ja terveellisyyteen. (Työturvallisuuskeskus TTK 2010, 13–14.)

Sundellin (2014, 30) mukaan työntekijöiden on tärkeää tiedostaa se, että pelkästään lukeminen ja tieto siitä, mitkä ovat oikeita toimintatapoja, ei aina välttämättä riitä. Jotta toimintakyky todella säilyisi ja olisi mahdollisimman hyvä, tulee uhkatilanteisiin liittyviä asioita muistaa harjoitella säännöllisesti.

Sen lisäksi, että työnantajalla on vastuu turvallisuuden toteutumisesta, on myös työntekijä itse vastuussa siitä. Heillä on vastuu omasta työstään ja toimintansa turvallisuudesta toteuttamisesta. Näiden lisäksi heidän tulee pitää työpiste turvallisena, seuralla ympäristön mahdollisia vaaratekijöitä, poistaa niitä ja ilmoittaa niistä aina eteenpäin esimiehelle. (Sundell 2014, 32–33.)

Mathiews & Salmondin (2013, 310, 314, 316, 318) tekemässä tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata työpaikkaväkivaltaan liittyviä toimintaperiaatteita ja käytänteitä sekä mitä toimistot tekevät suojellakseen kotisairaanhoidajia. Tutkimukseen osallistui 156 kotihoidon organisaatiota Yhdysvalloissa, joista 35 vastasi tehtyyn kyselyyn. Tulosten mukaan kotiympäristö olisi turvallisempi paikka työskennellä kuin esimerkiksi osasto, sillä koti on tuttu paikka. Tämä selittäisi myös väkivalta-
tapahtumien vähäisempää määrää kotihoidossa kuin osastolla. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitajat ovat turvassa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajat ovat kokeneet psyykkistä ja fyysistä väkivaltaa. 12 (44 %) toimistoa ilmoitti, että hoitajat kokevat turvattomuutta töissä. Lisäksi tulosten mukaan oli selvä tarve luoda kattava ja tarkka runko turvallisuutta varten, sillä yli puolet toimistoista ilmoitti,

että heillä ei ole erityisiä työryhmiä, ohjeita tai toimintaperiaatteita työpaikkaväkivallan hallintaan. Riskien arvioinnin täytyy olla ennaltaehkäisevää. Tällöin päätetään, onko käynti turvallinen vai ei. Myös henkilökunnan on tärkeää kertoa lyhyesti johdolle riskeistä ja niihin altistumisesta, jotta ohjelma olisi tehokas. Lisäksi tarkkoja tietoja tapahtuneista väkivalta- ja uhkatilanteista kerätään, jotta suorituskyyky saataisiin paremmaksi. Selkeästi määritellyt käytänteet antavat tukea hoitajille, kun he kohtaavat väkivaltaa ja uhkaa työpaikalla.

3.1 Vuorovaikutus ennaltaehkäisyssä

Erilaiset tilanteet hoituvat tehokkaasti ammattimaisen vuorovaikutuksen avulla. Tällöin asiakkaalle jää mieleen kuva hyvästä ja luotettavasta sekä asiakasta kunnioittavasta palvelusta. Tehokkaimpia keinoja, kun on tarvetta ehkäistä haastavien asiakaskohtaamisten kärjistymistä, ovat hyvät vuorovaikutustaidot ja sosiaalinen tiliannetaju. Kärjistyneen tilanteen sattuessa, jossa joudutaan toimimaan aggressiivisen asiakkaan tai potilaan kanssa, tarvitaan vielä lisäksi valmiudet uhkaavien tilanteiden rauhoittamiseen. (Sundell 2014, 55.)

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan toiseen ihmiseen vaikuttamista. Siinä on kyse ihmisten välisestä kanssakäymisestä, jonka tarkoituksena on saada toisessa aikaan jonkinlainen reaktio. Se on usein sellainen, joka palvelee omaa tarkoituspäää. Vuorovaikuttamisessa on kyse eräänlaisesta neuvottelemisesta, mutta sanat eivät ole välttämättä siinä aina tarpeellisia. Pelkät eleet ja ilmeetkin voivat joskus riittää siihen, että saa toisessa aikaan jonkinlaisen reaktion. Erittäin tärkeässä roolissa vuorovaikutustaidot ovat silloin, kun on kyse uhkatilanteiden ennaltaehkäisystä ja aggressiivisten asiakkaiden rauhoittelusta. (Sundell 2014, 55–56.)

Viestintä voidaan jakaa tiedostettuun ja tiedostamattomaan viestintään. Ne jakaantuvat edelleen verbaaliseen eli sanalliseen ja nonverbaaliseen eli sanattomaan viestintään. Tiedostettu on pääasiassa sanallista viestintää. Tällöin puheen tuottaminen on jossain määrin harkittua. Erilaisissa tilanteissa sanallista viestintää voidaan käyttää hyväksi, jotta saadaan aikaan haluttu reaktio. Esimerkiksi tilanteen voi kohteliaisuudella, kuuntelemisella ja ymmärtämisellä saada etenemään positiiviseen suuntaan. Lisäksi tilannetta voi pehmentää käyttämällä sinä-muodon sijasta me-

muotoa. Sinä-muoto voi olla syyttävä ja käskyttävä, jolloin se ei ole kovin hyvä vaihtoehto tilanteiden rauhoittamiseksi. Me-muoto on neutraalimpi, ja sen avulla ongelmasta voidaan saada niin sanotusti yhteinen ongelma. Tärkeää on myös käyttää pehmeää ja rauhallista kieltä sekä osoittaa halua auttaa. Näiden lisäksi asiakkaalta voi myös pyytää anteeksi toisten toimijoiden tai organisaatioiden puolesta. (Sundell 2014, 56, 58; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016 a.)

Sanaton viestintä sisältää muun muassa liikkumisen, ilmeet ja eleet, asennot, etäisyydet ja sijoittumisen. Vuorovaikutustilanteessa sanattomalla viestinnällä on suurempi merkitys kuin sanallisella viestinnällä. Sanatonta viestintää on vaikea itse huomata, sillä usein se on tiedostamatonta. Siksi on tärkeää, että kehonkieltään kykenee hallitsemaan. Se on nimittäin tehokas tapa viestiä todellisia tunteitamme sekä ajatuksiamme. Jotta vuorovaikutus olisi uskottavaa ja luottamusta herättävää, sanallinen viestintä ja kehonkieli eivät saa olla ristiriidassa keskenään. (Sundell 2014, 59–60.)

3.2 Muita ennaltaehkäisyn keinoja

Ennakoinnilla ja etukäteissuunnittelulla voidaan vaikuttaa ongelmatilanteiden syntyyn ehkäisevästi sekä hallita haastavia tilanteita, vaikka kaikkiin haastaviin työtilanteisiin ja asiakkaisiin ei voikaan valmistautua. Monesti niillä voidaan ehkäistä uhkatilanteiden laukeaminen tai väkivaltatilanteissa saada vahingolliset seuraukset minimoitua. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 51.)

Jos etukäteen tiedetään, että tulevalle asiakkaalle on taustalla hankalaa käyttäytymistä, voidaan tapaamista valmistella jo etukäteen. Työntekijä voi kertoa asiakkaasta muille työntekijöille, jolloin hän varmistaa, että apua on saatavilla. Lisäksi hän voi varmistaa että kohtaamistilanne ja paikka sekä työympäristö ovat turvallisia. Tavalliset työvälineet, kuten saksen on hyvä laittaa laatikkoon ja mahdolliset maljakot tai ruukut siirtää parempaan ja turvallisempaan paikkaan, jotta niillä ei voi vahingoittaa. Työntekijä voi muutenkin miettiä millä tavoin hän vastaa asiakkaan pyyntöön tai toiveeseen kieltävästi. Nopeisiin ja äkillisiin tilanteisiin on myös hyvä

varautua ennalta. Kuitenkin kohtaamiselle ja vuorovaikutukselle tulisi antaa mahdollisuus ja työntekijän tulisi pyrkiä olemaan avoin. (Rantaeskola ym. 2015, 51–52, 61.)

Lehestö ym. (2004, 135) taulukoi väkivallan riskiä vähentäviä tekijöitä työpaikkaan, henkilökuntaan ja asiakkaisiin liittyen. Näitä ovat muun muassa järkevät ja toimivat työtilaratkaisut, riittävä määrä henkilökuntaa, selkeät säännöt sekä toimintaohjeet väkivaltatilanteiden varalle. Lisäksi niitä ovat työntekijöiden riittävä perehdytys ja koulutus, hyvä kommunikaatiotaito, tietoisuus mahdollisista riskitekijöistä, säännöllinen itsepuolustus- ja voimankäyttöharjoittelu sekä omien taitojen ylläpito ja yhteiset toimintamallit. On myös tärkeää, että henkilökunnalla on oikea asenne ja heillä on riittävästi ennakkotietoa asiakkaistaan. Riittävän varovaisuuden omaaminen ja nopea tilanteisiin puuttuminen sekä kirjaus kuuluvat myös näihin tekijöitä.

Seuraamalla sanattoman viestinnän merkkejä voidaan myös mahdollisesti ennalta ehkäistä tilanteiden johtaminen väkivaltaan, sillä kehonkieli kertoo paljon asioita asiakkaan mielentilasta. Ensivaikutelman tehtyään työntekijän on lisäksi hyvä tarkastella asiakkaan kehon ja kasvojen liikkeitä, eleitä ja ilmeitä. Työntekijän tulisi myös luottaa omiin vaistoihinsa ja intuitioonsa, sillä usein ne voivat osoittautua oikeiksi. Väkivallan merkkejä ovat esimerkiksi asiakkaan lähestyminen työntekijää kohden uhkaavasti, vartalon asennot ja kehon jäykkyys, nyrkin heiluttelu, raivosta kertovat ilmeet, harhaileva tai tuijottava katse, käsien puristuminen nyrkkiin ja auki, kasvojen kalpea tai punertava värytys, hikoilu sekä hengityksen kiihtyminen. Näiden lisäksi sanallinen viestintä voi olla loukkaavaa, uhkailevaa, äänekästä, sekavaa sekä rönsyilevää ja lopulta se voi olla hyvin vähäsanaista. Jos sanaton ja sanallinen viesti ovat ristiriidassa, kannattaa luottaa sanattomaan viestintään, sillä se on tiedostamatonta, toisin kuin sanallinen viestintä. (Rantaeskola ym. 2015, 85–86, 133; Soisalo 2011, 124–125.)

4 KOTIHOITO

Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen ja sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus, jonka tarkoituksena on auttaa kotona asuvia eri-ikäisiä avuntarvitsijoita. Heidän toimintakykynsä on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Tavoitteena onkin tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa. (Ikonen 2015, 15,18.)

4.1 Kotihoidon sisällön määrittely

Ikonen (2015, 16) määrittelee kotihoidon tarkoittavan toimintaa, jossa kotisairaanhoidon sekä kotipalvelujen toiminnot on yhdistetty uudenlaiseksi palvelumuodoksi, yhdistetyksi kotihoidoksi. Sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa sekä sosiaalihuoltoasetuksessa on säädetty kotihoidon sisällöstä. (Ikonen 2015, 16.) Myös esimerkiksi lääkärin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän ja muiden erityisammattiryhmien kotikäynnit, hoidot ja erilaiset palvelut voivat kuulua kotihoitoon. Kaikki nämä palvelut annetaan heille kotiin. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff 2007, 24.)

Kotisairaanhoidon taas määritellään siten, että se on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai jossakin muussa vastaavassa paikassa moniammatillisesti toteutettavaa terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Siihen kuuluu lisäksi lääkärin tekemät tutkimukset, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Kotisairaanhoidon on siis avohoidtona järjestettävää potilaan sairaanhoidon. (Ikonen 2015, 17; Hägg ym. 2007, 24.)

Sosiaalihuoltolain 20 §:n mukaan kotipalveluilla tarkoitetaan muun muassa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan sekä huolenpitoon ja muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Saman lain 9 § 2. kohdan mukaan kotihoitoon liittyy myös erilaisia tukipalveluja, kuten turva-, ateria-, siivous-, kylvytys- ja kuljetuspalveluja. (Ikonen 2015, 16–17.)

4.2 Kotihoito toimintana

Yhdistetty kotihoito tekee yhteistyötä samojen asiakkaiden kanssa. Noin puolet työstä toteutetaan kotikäynteinä ja toinen osa toimistotyönä. Kotihoidossa on yhteiset työvälineet ja sovitut toimintaperiaatteet. Kotihoitoa toteutetaan kaksi- tai kolmivuorotyönä. Monissa kunnissa toimii yöpartio, jossa työskentelee vakinaisia yöhoitajia. He pitävät huolta asiakkaista yöaikaan ja kiertävät laajallakin alueella. (Larmi, Tokola & Vätkkiö 2005, 12, 15.)

Kotihoidon tiimi sisältää paljon ammattitaitoista työvoimaa, joka tuo osaamisensa myös muiden avuksi. Kotihoidossa tehdään myös toisen ammattiryhmän tehtäviä sallituissa rajoissa. Tässä vaikuttavat koulutus, kokemus ja ammattitaito. Kotikäynnille menijän määrittää se, mikä asiakkaan tarve on. Näin voidaan välttää usean eri hoitajan käynnit eri asioihin liittyen. Täydennyskoulutus on tärkeässä roolissa esimerkiksi lähihoitajilla, sillä he tulevat jatkossa huolehtimaan myös asiakkaiden lääkkeistä ja muista perustason sairaanhoitotehtävistä. (Larmi ym. 2005, 13–15.)

Säännöllistä kotihoito on silloin, kun asiakas saa kotihoidon palveluita vähintään kerran viikossa ja niistä peritään kuukausimaksu. Tilapäistä se on silloin, kun palveluita saadaan harvemmin kuin kerran viikossa ja käynneistä peritään käyntimaksu. Satunnainen kotihoito tarkoittaa sitä, että asiakas saa kotihoidon palveluita vain kertaluonteisesti, kun tarvetta on. Käynneistä peritään myös käyntimaksu. (Ikonen 2015, 16.)

4.3 Kotihoidon asiakkaat

Tilanteita, jolloin kotihoidon palveluita voi saada, ovat esimerkiksi sairaus, vammaisuus tai heikentynyt toimintakyky. Suurin osa asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä, mutta myös vammaisasiakkaat, mielenterveyskuntoutujat ja päihdeasiakkaat kuuluvat asiakaskuntaan. Ensisijaisesti kotihoito on kuitenkin tarkoitettu iäkkäille ja pitkäaikaissairaille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa. (Ikonen 2015, 19–20.)

Ihmiset, jotka pääasiassa käyttävät kotihoidon palveluita ovat huonokuntoisia ikäihmisiä, joilla on usein jokin pitkäaikaissairaus. Lisäksi he ovat usein monisairaita. Suurin asiakasryhmä on iältään 75–84-vuotiaat. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa heillä yleensä avuntarpeen. Muita esiintyviä sairauksia ovat muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, syöpä, dementoivat sairaudet ja hengitystiesairaudet. Myös mielenterveys- ja päihdeongelmia esiintyy. (Ikonen 2015, 42–43.)

Kun työskennellään iäkkään kanssa, vuorovaikutustaidot sekä ymmärtäminen ja arjen yli katsominen korostuvat. Hoitajan tulee tunnistaa iäkkään ihmisen sanaton viestintä ja osattava vielä tulkita sitä sekä tunnistaa siitä eri asioita. Heillä tulee lisäksi olla tilanneherkkyttä ja tunneälyä. (Ikonen 2015, 43.)

Sotainvalidit voivat myös olla kotihoidon asiakkaina. Kunnilla on velvollisuus tuottaa sotainvalideille kotipalvelut kokonaisvaltaisina palveluina heidän tarpeiden mukaan. Valtio korvaa kunnille kotihoidosta aiheutuneet kustannukset. Mikäli sotavamman haitta-aste on vähintään 20 %, kotipalvelut myönnetään sotainvalideille maksuttomina. Näihin palveluihin, sotilasvammalain mukaan, kuuluvat kotipalvelut, omaishoidon tuki ja korotettu sairausapulisä ja ateria- sekä muut tukipalvelut. (Ikonen 2015, 43–44.)

Kotihoidon työntekijä kohtaa myös vammaisia asiakkaita. He asuvat yleensä joko palvelutaloissa tai omissa kodeissaan, joihin on tehty muutostöitä. Nämä muutostyöt on tehty tukemaan ja helpottamaan kotona asumista. (Ikonen 2015, 45.)

Kun työskennellään vammaisten kanssa, tulee kotihoidon työntekijöillä olla tietoa muun muassa vammaisuudesta, niiden eri aiheuttajista sekä heille tarkoitetuista palveluista ja tukitoimista. On tärkeää, että hoitaja näkee muutakin kuin vammaisen ihmisen. On oleellista, että hän näkee ihmisen persoonallisuuden, voimavarat ja oman tahtotilan. (Ikonen 2015, 45.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden määrä on lisääntynyt. Tämä lisää tarvetta kuntouttavalle kotihoitopalvelulle tai asumispalveluille. Vaativaksi ja ongelmalliseksi

asiaksi koetaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluihin liittyvä vuorovaikutus. (Ikonen 2015, 46.)

Kotihoidossa työskentelevät tekevät paljon mielenterveysasiakkaiden hyväksi. He muun muassa auttavat asiakkaita sietämään vaihtelevia tilanteita ja tunteita sekä tukevat hakemaan ja vastaanottamaan asiantuntija-apua. Selviytyäkseen arjesta he tarvitsevat monenlaisia palveluita, tukitoimia ja ohjausta. On tärkeää, että asiakkaan uskoa itseensä ja elämään vahvistetaan. Tällaista vuorovaikutuksen kotihoidossa tulisi olla. Mielenterveysasiakkaille tarjotaan lisäksi neuvontaa ja ohjausta. Nämä liittyvät erityisesti oman elämäntilanteen jäsentämiseen, suunnitelmien tekemiseen ja arjen selviytymiskeinojen löytämiseen. (Ikonen 2015, 46.)

Ikosen (2015, 46) mukaan kotihoidon kasvava asiakasryhmä on alkoholia käyttävät päihdeasiakkaat. Tänä päivänä naisten ja miesten välinen ero käytön suhteen on kaventunut, ja naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Myös ikääntyneet käyttävät nykyään enemmän alkoholia. Käytön lisääntyessä myös alkoholin haitat lisääntyvät. Tämä asettaa kotihoidolle haasteita ja kasvattaa palveluiden tarvetta. Pitkä ja runsas alkoholin käyttö aiheuttaa varhaisen dementian muotoja, jotka työllistävät kotihoitoa lisäämällä hoidon tarvetta. Lisäksi se aiheuttaa sosiaalisia haittoja, akuutteja haittoja sekä terveydellisiä kroonisia haittoja.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, esiintyykö Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidossa fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja miten kyseisiä tapahtumia ennaltaehkäistään ja hoidetaan. Lisäksi haluttiin selvittää vaikuttaako väkivalta tai sen uhka työntekoon ja mitkä olivat väkivallan tai uhkailun syyt. Tavoitteena oli, että työnantaja saa tietoa mahdollisista väkivaltatapahtumista, ja pystyy hyödyntämään tutkimuksesta saatua tietoa käytännössä, esimerkiksi parantamalla ennaltaehkäisevää toimintaa ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia. Tavoitteena oli myös lisätä työntekijöiden tietoisuutta asiasta, jotta heillä on mahdollisuus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi tapahtumiin sekä omaan työturvallisuuteensa.

Tutkijan henkilökohtaisena tavoitteena oli selvittää tämänhetkinen tilanne Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa, sillä aiemmin tutkittua tietoa asiasta ei juurikaan ollut, ja aihe on tärkeä työnteon ja hyvinvoinnin kannalta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten työnantaja on varautunut ennalta väkivalta- ja uhkatilanteisiin?
2. Kuinka yleisesti ja missä muodossa kotihoidossa esiintyy väkivaltaa tai sen uhkaa ja kuinka usein?
3. Mitkä ovat olleet väkivaltaisen käyttäytymisen tai uhkailun syyt?
4. Millä tavoin tapahtuneita väkivaltatilanteita tai uhkia hoidetaan tai on hoidettu?
5. Millaisia vaikutuksia väkivallalla tai sen uhalla on työntekoon sekä työntekijöihin?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Työntekijöillä oli noin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Kyselylomakkeet ja palautuslaatikko vietiin jokaiseen yksikköön marraskuun 2016 lopulla. Tutkimusaineiston käsittely ja purkaminen alkoi joulukuun puolessavälissä ja jatkui siitä alkuvuoden puolelle. Tutkimustulokset syötettiin SPSS-ohjelmaan, jonka jälkeen alkoi niiden analysointi ja kirjoittaminen.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, jossa olennaisena osana on tilastollisten menetelmien käyttö, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu sekä muuttujien mittaaminen. Tämä tutkimus on poikittaistutkimus, sillä aineisto kerätään vain kerran eikä se ole suhteessa aikaan. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 55–56.)

6.2 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueella. Tähän alueeseen kuuluu Kauhavan kaupunki (Alahärmä, Ylihärmä, Kauhava ja Korttesjärvi), Evijärvi ja Lappajärvi.

6.3 Aineiston keruu

Aineiston keruu tapahtui strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joka vietiin eri työpisteisiin paikan päälle. Kyselylomake laadittiin itse käyttäen apuna ja vertailemalla aikaisemmin tehtyjä, samankaltaisia lomakkeita. Kyselylomake sisältää monivalintakysymyksiä. Joidenkin kysymysten kohdalla on myös mahdollisuus valita useampia vaihtoehtoja. Monissa kysymyksissä oli lisäksi mahdollisuus kirjoittaa oma vastaus viimeiseen kohtaan. Menetelmänä tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa (N=120) eli haluttiin lähtökohtaisesti saada vastaukset kaikilta työntekijöiltä, jotka yksiköissä työskentelivät.

6.4 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi tapahtui käyttäen SPSS-ohjelmaa, jonka avulla tulokset saatiin luokiteltua ja koottua. Raportoinnissa tuloksia ilmaistiin käyttämällä lukumääriä sekä prosentteja. Apuna käytettiin lisäksi taulukoita ja kuvioita havainnollistamaan tuloksia tekstin ohella.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä osiossa käydään läpi tutkimuksen tuloksia. Tulosten esittämisjärjestys pohjautuu kyselylomakkeen kysymysjärjestykseen. Vastaaminen tapahtui ympyröimällä sopiva kohta annetuista vaihtoehdoista. Joidenkin kysymysten kohdalla sai valita useamman vaihtoehdon, ja lisäksi osaan kysymyksistä oli mahdollisuus kirjoittaa oma vastaus loppuun. Keskeisimpiä tuloksia ilmaistaan erilaisten kuvioiden ja taulukoiden avulla.

Lomakkeita vietiin eri työpisteisiin 120 kappaletta, palautettuja lomakkeita tuli 72. Vastausprosentiksi tuli 60.

7.1 Taustakysymykset

Taustakysymyksillä selvitettiin muun muassa sukupuoli- ja ikäjakaumaa. Lisäksi selvitettiin ammattiin ja työuraan liittyviä asioita. Perustiedoilla haluttiin selvittää työntekijöihin liittyviä tietoja, jotta pystyttäisiin tarkastella niitä suhteessa väkivallan tai sen uhan esiintymiseen sekä sen muotoihin.

Kyselyyn vastanneista 95,8 % (n=69) oli naisia. Vastaajista miehiä oli vain 4,2 % (n=3). Ikä jakautui siten, että suurin osa vastanneista oli yli 50-vuotiaita. Vähiten vastanneiden keskuudessa oli alle 20-vuotiaita ja 31–40-vuotiaita. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastanneiden ikäjakauma.

Ikä	n	%
Alle 20-vuotiaat	1	1,4
20–30-vuotiaat	14	19,4
31–40-vuotiaat	8	11,1
41–50-vuotiaat	14	19,4
Yli 50-vuotiaat	35	48,6
Yhteensä	72	100,0

Vastaajilta kysyttiin heidän ammatiaan. Suurin osa (54,2 %, n=39) vastasi olevansa lähihoitajia tai perushoitajia. Vastanneista 12,5 % (n=9) oli sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. 20,8 % (n=15) vastaajista kuului johonkin muuhun ammattiryhmään. Moni heistä oli ammatiltaan kodinhoitaja. Vastaajien joukossa oli myös muutama (n=2) opiskelija.

Vastaajilta selvitettiin heidän työvuosien määrää kotihoidossa. Suurin osa vastanneista oli työskennellyt kotihoidossa yli viisi vuotta. Vastanneista vähiten oli ollut töissä alle vuoden verran. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Työntekijöiden työvuodet kotihoidossa.

Työaika kotihoidossa	n	%
Alle vuosi	5	6,9
1-2 vuotta	10	13,9
3-4 vuotta	14	19,4
Yli 5 vuotta	43	59,7
Yhteensä	72	100,0

Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää työntekijöiden työsuhteen laatua. Vastaajista suurimmalla osalla (73,6 %, n=53) oli vakituinen työsuhde. Pitempiaikainen sijaisuus oli lähes joka viidennellä vastaajalla (18,1 %, n=13). Lyhyempää sijaisuutta oli vastanneiden mukaan vähiten (8,3 %, n=6).

Tutkittavilta kysyttiin kuinka monessa työvuorossa he tekivät töitä. Yli puolet vastaajista teki kaksivuorotyötä (69,4 %, n=50) ja joka neljäs vastaaja puolestaan yksivuorotyötä (27,8 %, n=20). Vain pari teki kolmivuorotyötä (2,8 %, n=2).

7.2 Työturvallisuus

Tutkimuksessa vastaajilta selvitettiin työturvallisuuteen liittyviä kohtia, kuten turvallisuusperehdytystä, väkivallan riskiä sekä yhteisiä toimintatapoja. Näiden avulla

selvitettiin miten työntekijöitä on perehdytetty työpaikalla mahdollisen väkivallan tai sen uhan varalta.

Vastaajilta kysyttiin ovatko he saaneet riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä. Enemmistö vastaajista oli saanut mielestään riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Riittäväksi koettu turvallisuusperehdytys työhön.

Turvallisuusperehdytys	n	%
Kyllä	45	62,5
En	27	37,5
Yhteensä	72	100,0

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin myös oliko heidän työpaikallaan käsitelty työsuojelun toimintaohjelman tavoitteet. Enemmistö vastanneista (38,9 %, n=28) oli valinnut vaihtoehdon ”Ei”. Loput vastauksista jakautuivat tasan vaihtoehtojen ”Kyllä” (30,6 %, n=22) ja ”En tiedä” (30,6 %, n=22) kesken. Lisäksi heiltä kysyttiin työsuojeluvaltuutetusta työpaikalla. Joka neljäs (26,4 %, n=19) tiesi työpaikalla olevan työsuojeluvaltuutetun henkilön. Reilu neljännes (30,6 %, n=22) oli vastannut, että työpaikalta ei löydy työsuojeluvaltuutettua. Vajaa puolet (41,7 %, n=30) vastasi, ettei tiennyt löytyykö työpaikalta työsuojeluvaltuutettua. Yksi vastaus jouduttiin hylkäämään, jolloin hyväksyttyjä vastauksia kysymykseen oli 71.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös sitä, oliko työpaikalla kerrottu väkivallan tai sen uhan riskeistä. Yli puolet vastanneista koki, että niistä oli kerrottu. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Työntekijöille oli informoitu väkivallan tai sen uhan riskeistä.

Väkivallan tai sen uhan riskit	n	%
Kyllä	45	62,5
Ei	27	37,5

Yhteensä	72	100,0
----------	----	-------

Lisäksi heiltä kysyttiin oliko työpaikalla sovittu yhteisistä toimintatavoista liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin. Vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti vaihtoehtojen ”Kyllä” ja ”Ei” välille. Myös niitä, jotka eivät tienneet oliko toimintatavoista sovittu, oli joka viides. (Taulukko 5.) Tämän kysymyksen kohdalla kaksi vastausta jouduttiin hylkäämään, jolloin vastauksia tähän kysymykseen saatiin 70.

Taulukko 5. Työpaikalla yhteisesti sovitut toimintatavat liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin.

Yhteiset toimintatavat	n	%
Kyllä	29	40,3
Ei	27	37,5
En tiedä	14	19,4
Yhteensä	70	97,2

Lopuksi työturvallisuuteen liittyvissä asioissa kysyttiin yksintyöskentelyn turvallisuuden kiinnitettyä huomioita. Vastaajista lähes puolet oli sitä mieltä, että yksintyöskentelyn turvallisuuteen ei ollut kiinnitetty huomioita. Hieman pienempi osuus oli kuitenkin vastannut, että yksintyöskentelyn turvallisuuteen oli kiinnitetty huomioita. Niitä vastaajia, jotka eivät tienneet asiasta, oli myös pieni osa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Yksintyöskentelyn turvallisuuteen kiinnitetty huomio.

Yksintyöskentelyn turvallisuus	n	%
Kyllä	30	41,7
Ei	34	47,2
En tiedä	8	11,1
Yhteensä	72	100,0

7.3 Väkivallan kokeminen

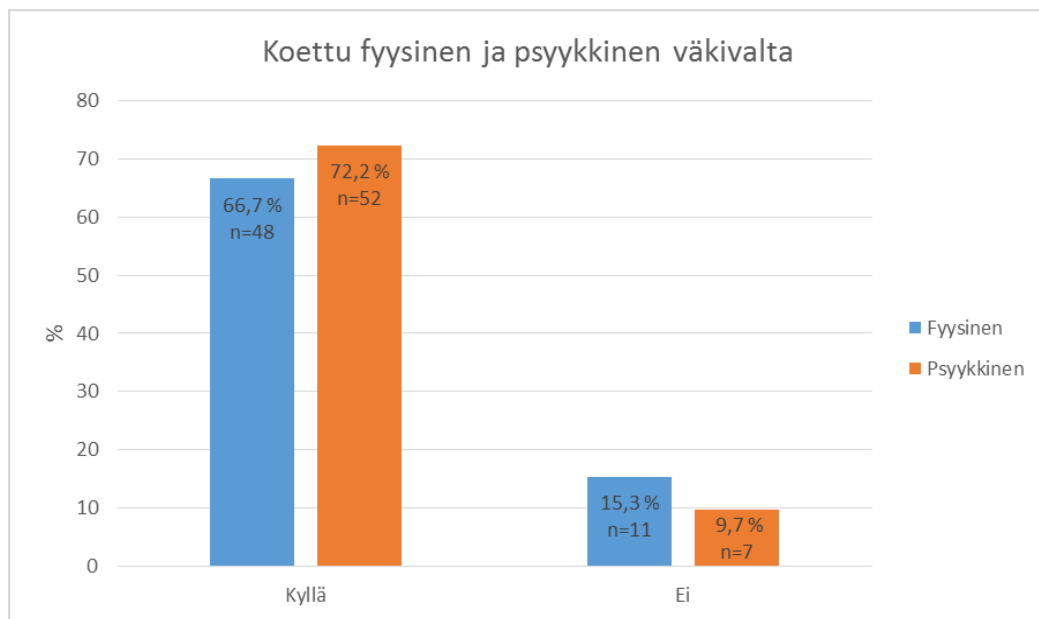
Tässä osiossa selvitettiin oliko väkivaltaa ja sen eri muotoja sekä uhkaa koettu työaikana. Kysymysten avulla selvitettiin myös kuinka usein koettua väkivaltaa tai sen uhkaa oli tapahtunut, kenen taholta sekä mistä syystä.

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin olivatko he kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa. Vastausten perusteella valtaosa oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa ja pieni osa ei ollut. (Taulukko 7.) Vastausten joukosta jouduttiin hylkäämään neljä, jolloin hyväksytyjä vastauksia saatiin 68.

Taulukko 7. Vastaajien kokema väkivalta tai sen uhka.

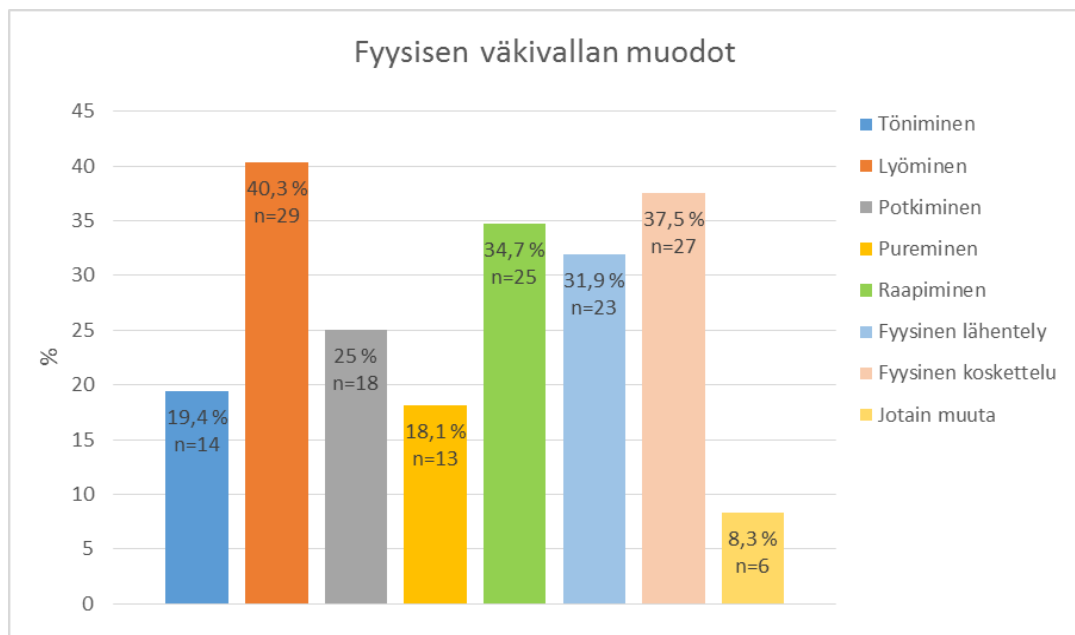
Väkivallan tai uhan kokeminen	n	%
Kyllä	58	80,6
En	10	13,9
Yhteensä	68	94,4

Seuraavassa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin väkivallan muotoa, oliko se ollut luonteeltaan fyysistä vai psyykkistä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita molemmat vaihtoehdot. Kysymykseen saatiin kaikkiaan 59 vastausta. Enemmistö vastaajista oli kokenut psyykkistä väkivaltaa kuin fyysistä väkivaltaa. (Kuvio 1.)



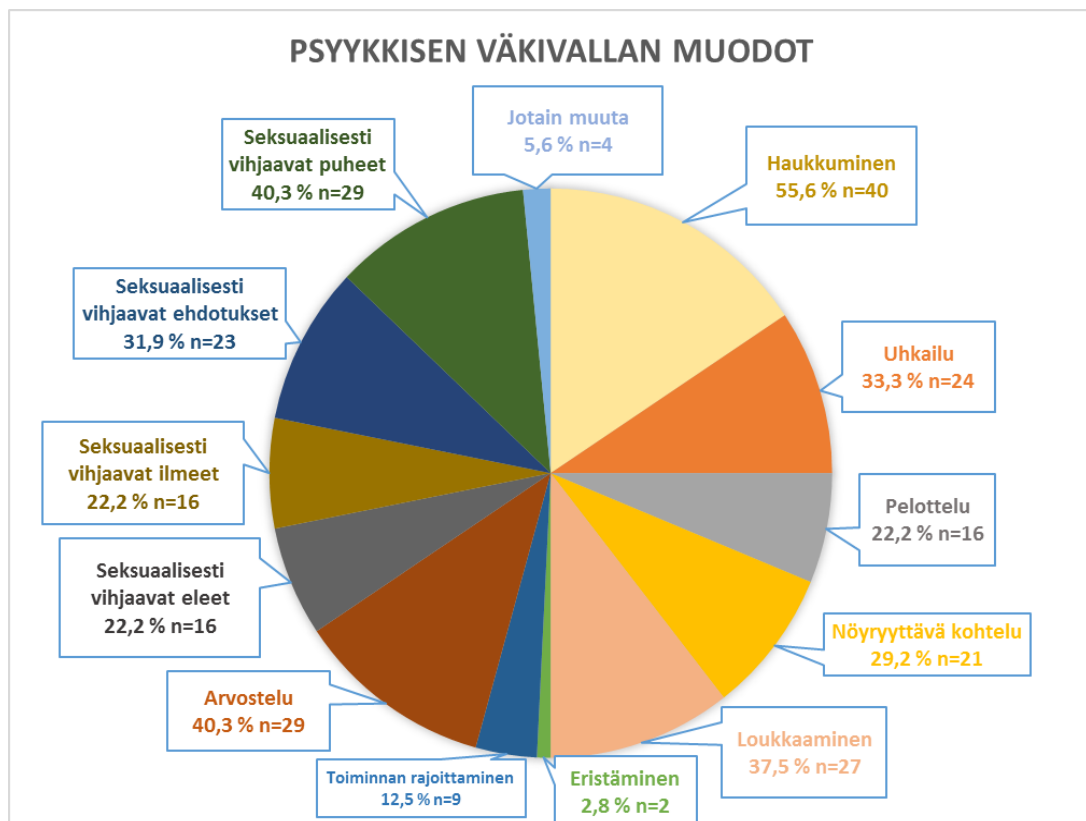
Kuvio 1. Työpaikalla koettu väkivallan muoto.

Jos vastaaja oli valinnut edellisen kysymyksen kohdalla fyysisen väkivallan, pyydettiin häntä valitsemaan seuraavassa kysymyksessä sen eri muotoja. Tässä vastaaja sai valita useamman vaihtoehdon. Kysymykseen vastasi kaikkiaan 52 henkilöä. Eniten vastaajat olivat kokeneet lyömistä ja fyysistä koskettelua. Vähiten oli koettu tönimistä ja puremista. (Kuvio 2.) Kysymyksen viimeiseen kohtaan vastaaja sai itse kirjoittaa vastauksen, mikäli sopivaa ei löytynyt annetuista vaihtoehdoista. Tähän kohtaan oli vastattu muun muassa ”nipistely”, ”puristaminen” sekä ”syljeskely”. Eräs vastaaja oli myös kirjoittanut ”käsi kaulan ympäri kiinni takaapäin”.



Kuvio 2. Koetut fyysisen väkivallan muodot työpaikalla.

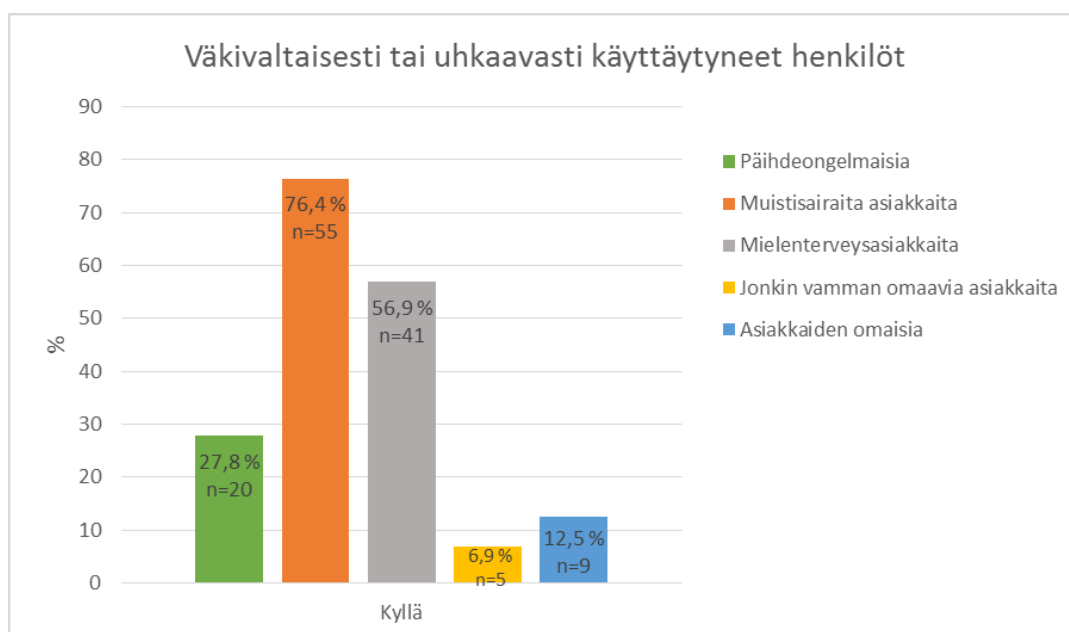
Jos vastaaja oli valinnut psyykkisen väkivallan, pyydettiin häntä tässäkin valitsemaan vaihtoehtoja sen eri muodoista. Tässäkin kohdassa vastaaja sai valita useamman vaihtoehdon. Vastauksia kysymykseen saatiin kaikkiaan 58. Eniten vastaajat olivat kokeneet haukkumista, arvostelua sekä seksuaalisesti vihjaavia puheita. Vähiten oli koettu eristämistä ja toiminnan rajoittamista. Muut vaihtoehdot sijoittuivat melko tasaisesti edellä mainittujen välille. Näitä olivat muun muassa loukkaaminen, uhkailu, seksuaalisesti vihjaavat ehdotukset sekä pelottelu (Kuvio 3.). Vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa kysymyksen viimeiseen kohtaan oma vastaus, mikäli sopivaa vaihtoehtoa annetuista ei löytynyt. Tähän oli vastattu muun muassa ”huutaminen”.



Kuvio 3. Koetut psyykkisen väkivallan muodot työpaikalla.

Vastaajilta kysyttiin kuinka usein he olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa. Vastaajista valtaosa (54,2 %, n=39) oli vastannut harvoin. Kuukausittain väkivaltaa tai sen uhkaa oli kokenut pieni määrä eli noin yksi kahdeksasosa vastaajista (9,7 %, n=7), saman verran oli koettu viikoittain tai useammin (9,7 %, n=7). Vuosittain väkivaltaa tai sen uhkaa oli koettu vielä vähäisemmin (6,9 %, n=5). Vastauksia tähän kysymykseen saatiin kaikkiaan 58.

Vastaajilta selvitettiin myös millaisia henkilöitä väkivallan tai sen uhan taustalla oli ollut. Tämän kysymyksen kohdalla oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Kaikkiaan vastauksia tuli 64. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli vastannut, että väkivallan tai sen uhan taustalla olivat olleet muistisairaat asiakkaat. Myös mielen-terveysasiakkaat olivat olleet monesti tilanteiden taustalla. Vähiten taustalla olivat olleet jonkin vamman omaavat asiakkaat. (Kuvio 4.) Vastaajat saivat kirjoittaa viimeiseen kohtaan oman vastauksen, mikäli annetuista vaihtoehdoista ei löytynyt sopivaa. Tähän kohtaan ei kuitenkaan tullut vastauksia.



Kuvio 4. Väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyneet henkilöt.

Seuraavaksi heiltä kysyttiin syitä väkivaltakäyttöön tai uhkailuun. Vaihtoehtoja sai valita useamman. Yhteensä vastauksia tähän kysymykseen tuli 60. Vastaajien mukaan 68,1 % (n=49) tapauksista johtui asiakkaan aggressiivisuudesta ja 51,4 % (n=37) johtui asiakkaan provosoitumisesta. Konfliktitilanne esimerkiksi omaisen kanssa oli taustalla 12,5 % :ssa (n=9) tapauksista. Työntekijän provosoituminen väkivaltakäytöksen tai uhkailun takana oli vain 1,4 % :ssa (n=1) tilanteista. Vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa viimeiseen kohtaan oma vastaus, jos sopivaa ei annetuista löytynyt. 4,2 % (n=3) oli vastannut tähän kysymykseen. Syiksi oli mainittu muun muassa ”muistisairaus” tai ”asiakkaan muistisairauden eteneminen” sekä ”ehdottelu kotikäynnillä”.

7.4 Väkivallasta ilmoittaminen ja avun hakeminen

Tässä osiossa vastaajilta kysyttiin HaiPro-ilmoituksen tekemisestä, avun ja tuen hakemisesta sekä väkivallan tai sen uhan aiheuttamista vaikutuksista. Lisäksi selvitettiin työpoissaoloja.

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin olivatko he tehneet HaiPro-ilmoituksen tapahtuneesta väkivallasta tai sen uhasta. Vastauksia kysymykseen saatiin 67. Yli puolet

vastanneista oli valinnut vaihtoehdon ”En”. Vajaa kolmasosa vastaajista oli vastannut ”Kyllä” (Taulukko 8.).

Taulukko 8. Vastaajien tekemät HaiPro-ilmoitukset väkivalta- ja uhkatilanteista.

HaiPro	n	%
Kyllä	23	31,9
En	44	61,1
Yhteensä	67	93,1

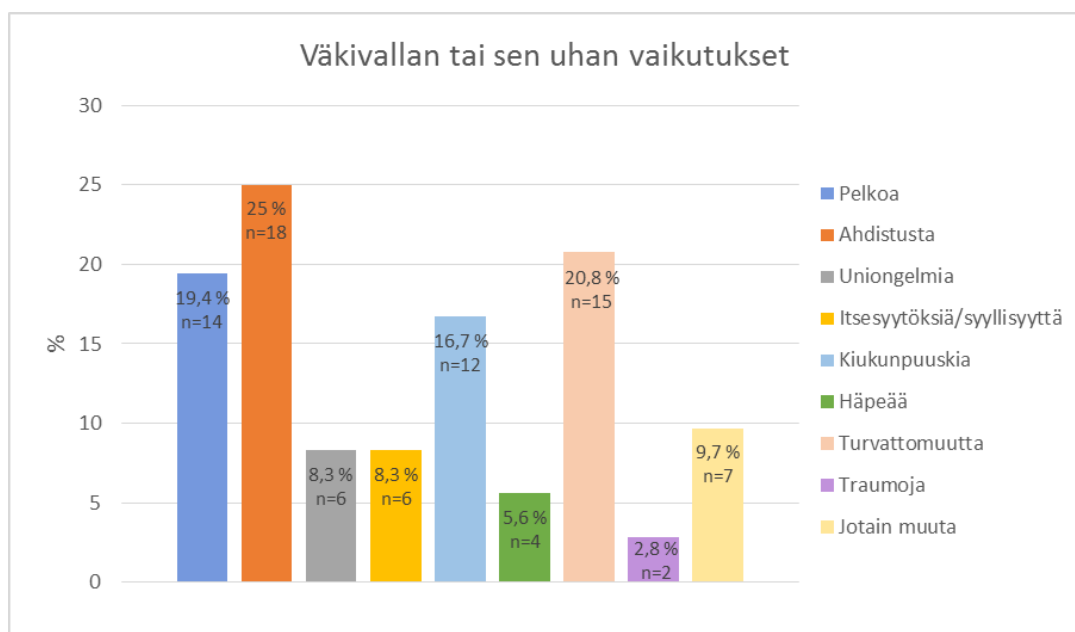
Reilusti yli puolet vastaajista (69,4 %, n=50) ei ollut hakenut apua ja tukea väkivallan tai sen uhan sattuessa. Apua ja tukea oli hakenut neljäsosa vastaajista (22,2 %, n=16). Kaikkiaan tähän kysymykseen vastauksia saatiin 66. Mikäli tähän kysymykseen oli vastattu ”En”, pyydettiin vastaajaa siirtymään kysymykseen numero 24, joka käsitteli väkivallan tai sen uhan aiheuttamia vaikutuksia.

Jos vastaaja oli valinnut edellisessä kysymyksessä vaihtoehdon ”Kyllä”, käsitteli seuraava kysymys sitä, mistä apua ja tukea oli saanut väkivallan tai sen uhan käsittelyssä. Vastaajalla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Yhteensä vastauksia tuli 27. Kaikki vastaajat (37,5 %, n=27) olivat saaneet apua ja tukea työkaverilta. Vastaajista 13,9 % (n=10) oli saanut apua ja tukea myös esimieheltä. Pienellä osalla myös perhe (2,8 %, n=2) ja läheiset sekä ystävät (2,8 %, n=2) olivat avun ja tuen taustalla. Vain 1,4 % (n=1) oli saanut apua ja tukea työterveydestä. Työsuojelu oli ainoa vaihtoehto, jota kukaan vastaaja ei ollut valinnut. Heillä oli myös mahdollisuus kirjoittaa oma vastaus, mikäli sopivaa vaihtoehtoa ei ollut annettu. Vastaajista 1,4 % (n=1) ilmoitti saaneensa apua ja tukea tiimivastaavalta väkivallan tai uhan käsittelyssä.

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin lisäksi millaista apua ja tukea he ovat saaneet. Vastauksia saatiin yhteensä 28. Yhteiskeskustelua muiden työntekijöiden kanssa oli kaikilla vastaajista (38,9 %, n=28). Kahdenkeskistä keskustelua työpaikalla oli käy-

nyt 8,3 % (n=6) ja sairauslomaa oli saanut 1,4 % (n=1) vastaajista. Henkistä jälkihoitoa mm. psykologilta sekä lääkehoitoa ei ollut saanut kukaan vastaajista. Tämänkin kysymyksen kohdalla oli mahdollisuus kirjoittaa oma vastaus loppuun. Vastaajista 1,4 % (n=1) mainitsi, että keinona oli ollut ”työnkierto”.

Työntekijöiltä kysyttiin miten väkivalta tai sen uhka on vaikuttanut heihin tai mitä se on aiheuttanut. Kaikkiaan tähän kysymykseen vastasi 52 henkilöä. Eniten väkivalta tai sen uhka oli aiheuttanut ahdistusta, turvattomuutta sekä pelkoa ja vähiten häpeää ja traumoja (Kuvio 5.). Vastaajilla oli lisäksi mahdollisuus kirjoittaa oma vastaus loppuun. Siihen oli vastattu muun muassa ”ärsyntyminen”, ”hiljaista suutumisen tunnetta”, ”välillä muistaa” sekä siten, että ei ollut aiheutunut mitään, koska tilanteet eivät ole olleet niin vakavia.



Kuvio 5. Väkivallan tai sen uhan vaikutukset työntekijöissä.

Lopuksi vastaajilta kysyttiin työpoissaoloja väkivallan tai sen uhan vuoksi. Tähän kysymykseen saatiin vastauksia 68. Lähes kellekään vastaajista (93,1 %, n=67) ei ollut aiheutunut työpoissaoloja väkivallan tai sen uhan vuoksi. Ainoastaan 1,4 % (n=1) oli tullut poissaoloja töistä väkivallan tai sen uhan takia.

8 POHDINTA

Tämä kappale sisältää tutkimustulosten pohdintaa, eettisyyttä ja luotettavuutta.

8.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vastaajista reilusti yli puolet oli saanut riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä, mikä on hyvä asia. Lisäksi yli puolet vastaajista koki, että työpaikalla on kerrottu väkivallan tai sen uhan riskeistä, mikä tällä alalla ja erityisesti tässä työssä on tärkeää, sillä sitä tehdään pääasiassa yksin. Hie-
man suurempi osa vastaajista oli sitä mieltä, että työpaikalla oli sovittu yhteisistä toimintatavoista liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin kuin että niistä ei ollut sovittu. Mathiew & Salmondin (2013, 318) tekemän tutkimuksen mukaan juuri riskien arvioinnin täytyy olla ennaltaehkäisevää, koska myös sen perusteella päätetään, onko käynti turvallinen vai ei. Selkeästi määritellyt käytänteet antavat tukea hoitajille, kun he kohtaavat väkivaltaa ja uhkaa työpaikalla. Paynen ym. (2007, 52) mukaan kotihoidon työntekijöillä on useita riskitekijöitä työssään, kuten yksintyöskentely ja liikkuva työpaikka. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että yksintyöskentelyn turvallisuuteen ei ollut kiinnitetty huomiota.

Tutkimus osoitti, että suurin osa vastaajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa. Enemmistö vastaajista oli kokenut enemmän psyykkistä kuin fyysistä väkivaltaa. Tutkimuksessa (Roche ym. 2010, 13), joka käsitteli hoitajien kokemaa väkivaltaa, todettiin tulosten perusteella, että jopa noin kolmasosa kyselyyn vastanneista oli kokenut henkistä väkivaltaa. Uhan ja fyysisen väkivallan luvut olivat pienemmät. Nakaishin ym. (2013, 441) tekemä tutkimus osoittaa myös, että henkisen väkivallan kokeminen on yleisempää. Kuitenkin fyysistäkin väkivaltaa esiintyy melko paljon. Tässä tutkimuksessa lyöminen, fyysinen koskettaminen ja raapiminen olivat eniten koetut fyysisen väkivallan muodot. Haukkuminen, arvostelu ja seksuaalisesti vihjaavat puheet olivat puolestaan eniten koetut psyykkisen väkivallan muodot.

Siitä huolimatta, että osa vastaajista ei ollut kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, olivat he kuitenkin valinneet vaihtoehtoja väkivallan eri muodoista, siitä kuinka usein sitä

oli tapahtunut ja ketkä olivat olleet sen taustalla. Tässä saattaa olla kyseessä kokemuseroja siinä, minkä vastaaja kokee väkivallaksi.

Vaikka suurin osa vastaajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, valtaosalle sitä oli tapahtunut kuitenkin harvoin. Yleisimmin väkivallan taustalla olivat olleet muis-tisairaat asiakkaat sekä mielenterveysasiakkaat. Monesti myös päihdeongelmaiset asiakkaat olivat olleet väkivallan tai uhan taustalla. Suurimmat syyt väkivaltaiseen käytökseen tai uhkailuun olivat vastaajien mukaan asiakkaan aggressiivisuus sekä asiakkaan provosoituminen.

Kun vastaajilta kysyttiin olivatko he tehneet HaiPro-ilmoituksen tapahtuneesta väkivallasta tai sen uhasta, reilusti yli puolet oli vastannut, ettei ollut tehnyt ilmoitusta. Tämä on sinänsä huolestuttavaa, sillä vaikka kokemus ei olisi kovin vakava jollekin, se voi olla sitä toiselle. Tämän vuoksi olisi tärkeää että jokainen tapaus tulisi tietoon, jotta asiaan voidaan kuitenkin vaikuttaa ja näin ennaltaehkäistä sitä. Mathews & Salmondin (2013, 318) mukaan henkilökunnan on tärkeää kertoa lyhyesti johdolle riskeistä ja niihin altistumisesta sekä tapahtuneista väkivalta- ja uhkatilanteista, sillä niistä kerättyjen tietojen avulla parannetaan turvallisuutta ja toimintakykyä.

Vain pieni osa vastanneista oli hakenut apua ja tukea kokemaansa väkivaltaan tai sen uhkaan. Kaikki tähän kysymykseen vastanneet olivat saaneet apua ja tukea työkavereilta. Moni oli saanut lisäksi apua esimieheltä. Eniten käytetty apukeino oli yhteiskeskustelu muiden työntekijöiden kanssa.

Kysymys avun ja tuen hakemisesta sai useita ristiriitaisia vastauksia. Tämä saattoi johtua siitä, että kysymys miellettiin eri tavoin. Jos tähän kysymykseen oli vastannut ”En”, lisäkysymyksiin ei tarvinnut vastata vaan tällöin sai siirtyä eteenpäin. Kuitenkin monet vastaajista olivat tästä huolimatta jatkaneet lisäkysymyksiin. Tässä saattoi olla kyse vastaajien tulkinnasta, siitä minkä he mieltävät avun ja tuen hakemiseksi tai sitten kysymystä olisi pitänyt hieman tarkentaa.

Tärkeää oli myös tietää millaisia vaikutuksia väkivallalla tai sen uhalla oli työntekijöihin. Eniten väkivalta ja sen uhka oli työntekijöissä aiheuttanut ahdistusta ja

turvattomuutta sekä pelkoa, mitkä ovat hyvin luonnollisia reaktioita ja tuntemuksia sellaisten tilanteiden jälkeen, kun joku on rikkonut toisen henkilökohtaisia rajoja. Joillekin väkivalta tai sen uhka oli aiheuttanut myös kiukunpuuskia. Mathiews & Salmondin (2013, 316) tekemässä tutkimuksessa ilmeni myös, että hoitajat kokivat töissä turvattomuutta.

Mikä tärkeintä, miltei kaikki ne jotka olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa, eivät joutuneet olemaan poissa töistä. Se on tärkeää tietää, että tällaiset tapahtumat eivät ole kuitenkaan vaikuttaneet työssä käymiseen siten, että työntekeo häiriintyy niin pahoin, että siitä seuraa poissaoloja.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli haastava prosessi, sillä tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta sen kaltaisista töistä. Työn tekeminen opetti kuitenkin paljon, sillä siinä joutui tekemään, etsimään sekä miettimään erilaisia asioita monesta näkökulmasta. Lisäksi se opetti tekijälleen tutkimuksen ja kyselylomakkeen tekemistä ja tulosten analysointia sekä kirjoittamista.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisessä toiminnassa hyvin keskeinen asia. Tutkija on ollut kiinnostunut aiheestaan ja halunnut tuottaa mahdollisimman hyvää tietoa. Ihmisarvoa on pyritty kunnioittamaan koko tutkimuksen ajan muun muassa takamalla se, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja sen pystyi keskeyttämään missä vaiheessa tahansa. Lisäksi tarkentavien kysymysten ja lisätietojen kysyminen oli mahdollista, jos jotain jäi mielenpäälle. Tutkimus toteutettiin nimettömästi, jolloin vastaajien anonymiteetti säilyi läpi tutkimuksen eikä ketään yksittäistä henkilöä pystynyt tunnistamaan. Jokaisessa kyselylomakkeessa oli mukana saatekirje (LIITE 1), jossa vastaajalle kerrottiin kattavasti tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus. Saatekirjeessä kerrottiin myös siitä, että vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan ja vastaukset hävitetään lopuksi asianmukaisesti. Lisäksi kerrottiin, että valmis työ tullaan julkaisemaan opinnäytetyöpankissa Theseuksessa. Lomakkeet palautettiin suljettuun laatikkoon, mikä tarkoittaa sitä, että vain tutkijalla oli pääsy niihin vastausajan loputtua. Tämä tarkoitti lisäksi sitä, että työpaikan esimies ei myöskään

nähty lomakkeita. Kaikki saadut vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan ja lopuksi niiden hävitys tapahtui asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212, 214, 218–221)

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 189) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti kuvaa sitä, onko juuri tässä tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tässä tutkimuksessa saatiin haluttuja tuloksia ja ne vastasivat melko kattavasti tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla puolestaan tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuolella olevaan perusjoukkoon. Tätä tutkimusta voidaan pitää luotettavana, sillä vastaajamäärä oli melko suuri. Tutkimuksen tulokset ovat melko hyvin yleistettävissä ulkopuoliseen perusjoukkoon, sillä väkivalta on hyvin yleistä hoitoalalla ja myös kotihoidossa. Tutkimuksen mukaan muistisairaat olivat useimmiten olleet väkivallan tai uhan taustalla, ja juuri tämä asiakasryhmä on hyvin yleinen niin kotihoidossa kuin hoitolaitoksissa. Lisäksi yksintyöskentely kuuluu kotihoidon perusluonteeseen ja se lisää väkivallan ja uhan riskiä.

Reliabiliteetti kuvastaa tulosten pysyvyyttä, mikä tarkoittaa mittari kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetin toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi käyttämällä kyselyä eri aineistoissa, jolloin nähdään ovatko tulokset samansuuntaisia. Tämän tutkimuksen tulosten kohdalla reliabiliteetti toteutui ainakin osittain, sillä samankaltaisia tuloksia ilmeni muissakin saman aihealueen tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.)

Tutkimuksen mittari eli kyselylomake (LIITE 2) luotiin juuri tätä tutkimusta varten. Sen avulla saatiin haluttu tieto. Se pyrittiin luomaan mahdollisimman helpoksi ja yksinkertaiseksi täyttää. Lisäksi kysymyksiin annettiin monipuolisesti vaihtoehtoja ja mahdollisuus kirjoittaa myös oma vastaus. Mittarin esitestaaminen eli pilotointi pienemmällä joukolla lisää sen luotettavuutta ja toimivuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Tämän tutkimuksen kyselylomake esitestattiin pienellä

vastaajajoukolla, jotta nähtiin oliko kysymyksissä, vaihtoehtoissa tai asettelussa jotain korjattavaa ja paranneltavaa.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vastaajista reilusti yli puolet oli saanut riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä, mikä on hyvä asia. Lisäksi yli puolet vastaajista koki, että työpaikalla on kerrottu väkivallan tai sen uhan riskeistä. Turvallisuusperehdytystä sekä riskeistä kertomista tulisi organisaatiossa lisätä, jotta ne tulisivat vielä kaikkien työntekijöiden tietoon.

Hieman suurempi osa vastaajista oli sitä mieltä, että työpaikalla oli sovittu yhteisistä toimintatavoista liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin kuin että niistä ei ollut sovittu. Kuitenkin molemmat tulokset jäivät alle puoleen, mikä on melko vähän siihen nähden, että olisi tärkeää toimia samalla tavoin kaikissa tilanteissa. Kuitenkin lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että yksintyöskentelyn turvallisuuteen ei ollut kiinnitetty huomiota, mikä taas olisi tärkeää, jotta väkivalta- ja uhkatilanteita saataisiin vähennettyä.

Tutkimus osoitti, että suurin osa vastaajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa. Enemmistö vastaajista oli kokenut enemmän psyykkistä kuin fyysistä väkivaltaa. Lyöminen, fyysinen koskettaminen ja raapiminen olivat eniten koetut fyysisen väkivallan muodot. Haukkuminen, arvostelu ja seksuaalisesti vihjaavat puheet olivat puolestaan eniten koetut psyykkisen väkivallan muodot. Yhteiskunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota tähän asiaan, sillä hoitoalan lisäksi väkivaltaa ja sen uhkaa esiintyy muillakin aloilla.

Vaikka suurin osa vastaajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, valtaosalle sitä oli tapahtunut kuitenkin harvoin. Tästä huolimatta olisi pyrittävä siihen, että sitä ei tapahtuisi ollenkaan. Yleisimmin väkivallan taustalla olivat olleet muistisairaat asiakkaat sekä mielenterveysasiakkaat. Monesti myös päihdeongelmaiset asiakkaat olivat olleet väkivallan tai uhan taustalla. Suurimmat syyt väkivaltaiseen käytökseen tai uhkailuun olivat vastaajien mukaan asiakkaan aggressiivisuus sekä asiakkaan provosoituminen. Organisaation sekä yhteiskunnan olisi hyvä kehittää eri asiakasryhmiä koskettavat turvallisuusohjeet ja toimintatapamallit, jotta työntekijät

tietäisivät miten haastavissa ja uhkaavissa tilanteissa eri asiakkaiden kanssa tulisi toimia. Näin voitaisiin ennalta välttää erilaisilta väkivallan ja uhan muodoilta.

Kun vastaajilta kysyttiin olivatko he tehneet HaiPro-ilmoituksen tapahtuneesta väkivallasta tai sen uhasta, reilusti yli puolet oli vastannut, ettei ollut tehnyt ilmoitusta. Organisaation tulisi painottaa HaiPro-ilmoituksen tekemisen tärkeyttä työntekijöilleen, sillä ilmoitusten avulla tilanteet tulevat kunnolla tietoon ja niihin voidaan puuttua ja tarvittaessa miettiä toimintatapoja uudelleen. Näin työntekijät myös auttavat toinen toistaan ja joku voi säästyä ikävämmiltä kokemuksilta.

Vain pieni osa vastanneista oli hakenut apua ja tukea kokemaansa väkivaltaan tai sen uhkaan. Kaikki tähän kysymykseen vastanneet olivat saaneet apua ja tukea työ-kavereilta. Moni oli saanut lisäksi apua esimieheltä. Eniten käytetty apukeino oli yhteiskeskustelu muiden työntekijöiden kanssa. HaiPro-ilmoituksen lisäksi on tärkeää, että työntekijät saavat purkaa tilanteita toisilleen tai jollekin nimetylle ja koulutetulle henkilölle. Lisäksi esimiehen osallistuminen ja tilanteen hoitaminen kuuluvat hänen velvollisuuksiinsa.

Tärkeää oli myös tietää millaisia vaikutuksia väkivallalla tai sen uhalla oli työntekijöihin. Eniten väkivalta ja sen uhka oli työntekijöissä aiheuttanut ahdistusta ja turvattomuutta sekä pelkoa, jotka ovat hyvin luonnollisia reaktioita ja tuntemuksia. Joillekin väkivalta tai sen uhka oli aiheuttanut myös kiukunpuuskia. Väkivallan tai sen uhan vaikutuksiin ja työntekijöiden tuntemuksiin organisaation ja ylipäätään kaikkien olisi syytä kiinnittää huomiota, jotta ne tulisivat käsiteltyä oikein ja tarpeeksi ajoissa, ja jotta niistä ei olisi jatkossa suurempaa haittaa.

Mikä tärkeintä, miltei kaikki ne jotka olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa, eivät joutuneet olemaan poissa töistä. Organisaatiolle se on tärkeä tieto, että tällaiset tapahtumat eivät ole kuitenkaan vaikuttaneet työssä käymiseen. Kuitenkin erilaiset tapahtumat koetaan eri tavoin ja koskaan ei voi tietää, kuinka jokin tilanne vaikuttaa. Tämän vuoksi väkivalta- ja uhkatilanteiden minimoiminen on hyvin tärkeää.

Jatkotutkimusaiheita ajatellen voisi olla mielenkiintoista tietää kuinka esimiestassolla suhtaudutaan väkivaltaan ja sen uhkaan ja mitä keinoja sen ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi on olemassa. Lisäksi yksintyöskentelyn turvallisuuteen liittyvien keinojen selvittäminen ja huomioiminen työssä sekä yhteisten toimintatapojen tarkempi selvittäminen väkivalta- ja uhkatilanteiden varalle olisivat mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita. Olisi myös mielenkiintoista tietää, miten työnantaja käyttää hyväkseen HaiPro-ilmoituksista saamaansa tietoa ja miten sitä sovelletaan väkivalta- ja uhkatilanteiden sekä läheltä piti -tilanteiden ennaltaehkäisyyn.

LÄHTEET

- Aluehallintovirasto 2013. Fyysinen väkivalta uhkaa työpaikoilla. Viitattu 29.3.2016. https://www.avi.fi/web/avi/edistynyt-haku?p_p_auth=1dRr6bDo&p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=58328&_101_type=content&_101_groupId=13166&_101_urlTitle=fyysinen-vakivalta-uhkaa-tyopaikoilla&redirect=https%3A%2F%2Fwww.avi.fi%2Fweb%2Favi%2Fedistynyt-haku%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_keywords%3D%2BFyysinen%2Bv%25C3%25A4kivalta%2Buhkaa%2Bty%25C3%25B6paikoilla%2B%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_redirect%3D%252Fweb%252Favi%252Faiheet#/web/avi/edistynyt-haku
- Awanic Oy 2016. Tuotteet ja palvelut. HaiPro. Viitattu 7.4.2017. <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/>
- Brillhart, B., Kruse, B. & Heard, L. 2004. Safety Concerns for Rehabilitation Nurses in Home Care. *Rehabilitation Nursing*. 29, 6, 227-229.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff, P. 2007. *Hoitotyö kotona*. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E-R. 2015. *Kehittyvä kotihoito*. Keuruu. Otava Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro. Helsinki.
- L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 30.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. *Kotihoidon työkäytäntöjä*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Helsinki. Edita.
- Mathiews, A. & Salmond S. 2013. Opening the Door to Improve Visiting Nurse Safety. *Home Healthcare Nurse*. 31, 6, 310–319.
- Mielenterveyden keskusliitto 2016. Tietoa mielenterveydestä. Aikuisille. Henkinen ja fyysinen väkivalta. Viitattu 19.5.2016. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/henkinen-ja-fyysinen-vakivalta/>
- Nakaishi, L., Moss, H., Weinstein, M., Perrin, N., Rose, L., Anger, W.K., Hanson, G.C., Christian, M. & Glass, N. 2013. Exploring Workplace Violence Among Home Care Workers in a Consumer-Driven Home Health Care Program. *Workplace Health & Safety*. 61, 10, 441–450.

Oksanen, E. & Poijula, S. 2015. Hyvinvointi: Väkivallan jälkeen. Tehy. 3, 30-33.

Payne, B.K. & Appel, J.K. 2007. Workplace Violence and Worker Injury in Elderly Care Settings: Reflective of a Setting Vulnerable to Elder Abuse? Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 14, 4, 43-56.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Hyvinvointikatsaus 3/2009 – Naiset ja miehet työelämässä. Tilastokeskus. Viitattu 18.5.2016. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakas-tilanteet - väkivalta työssä. Helsinki. Talentum.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C. 2010. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship. 42, 1, 13-22.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Latvia. Suomen Psykologinen Instituutti.

Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko. Väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä. PS-kustannus.

Suomen mielenterveysseura 2016 a. Vaikeat elämäntilanteet. Väkivalta satuttaa. Viitattu 14.3.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/v%C3%A4kivalta-satuttaa>

Suomen mielenterveysseura 2016 b. Vaikeat elämäntilanteet. Henkinen väkivalta satuttaa sisältäpäin. Viitattu 21.3.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/v%C3%A4kivalta/henkinen-v%C3%A4kivalta-satuttaa-sis%C3%A4lt%C3%A4p%C3%A4in>

Suomen mielenterveysseura 2016 c. Itsetuntemus. Pelko. Viitattu 11.10.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/tunteet/pelko>

Ennakoi väkivaltaa työssä. 2017. Jälkihoito. Viitattu 30.3.2017. <http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/jalkihoito/index.html>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016 a. Lastensuojelun käsikirja. Toimijat, työn tuki & hallinto. Miten toimia työväkivalta- tai työväkivallan uhkatilanteessa? Viitattu 19.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/toimijat-tyon-tuki-hallinto/tyon-tuki/tyoturvallisuus-ja-tyosuojelu-lastensuojelussa/vakivalta-tyoturvallisuusriskina/miten-toimia-tyovakivalta-tai-tyovakivallan-uhkatilanteessa>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016 b. Lastensuojelun käsikirja. Toimijat, työn tuki & hallinto. Väkivalta työturvallisuusriskinä. Viitattu 19.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/toimijat-tyon-tuki-hallinto/tyon-tuki/tyoturvallisuus-ja-tyosuojelu-lastensuojelussa/vakivalta-tyoturvallisuusriskina>

Työsuojeluhallinto 2015. Työolot. Väkivallan uhka. Viitattu 29.4.2016.
<http://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>

Työterveyslaitos 2014. Osana työyhteisöä. Epäasiallinen kohtelu ja häirintä työpaikalla. Viitattu 27.4.2016. http://www.ttl.fi/fi/muuttuva_tyolama/toissa-suomessa/osana_tyoyhteisoa/hairinta/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos 2016. Työväkivalta. Viitattu 16.3.2016. http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

Työturvallisuuskeskus TTK 2010. Työturvallisuus ja työterveys työpaikalla.

Väestöliitto 2016 a. Tietoa parisuhteesta. Parisuhdeväkivalta. Fyysinen väkivalta. Viitattu 20.3.2016. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/

Väestöliitto 2016 b. Tietoa parisuhteesta. Parisuhdeväkivalta. Henkinen väkivalta. Viitattu 20.3.2016. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/henkinen-vakivalta/

Väkivalta ja terveys maailmassa 2005. WHO:n raportti. Viitattu 14.3.2016.
https://www.thl.fi/documents/470564/817072/9529608993_fin.pdf/2ea074d0-a4eb-4448-ba63-3b312ea81692

LIITE 1

Hyvä vastaaja,

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta Hoitohenkilöstön kokemaa väkivaltaa tai sen uhka kotihoidossa. Aihetta on rajattu siten, että tutkimuksessa tarkastellaan väkivaltaa tai sen uhkaa, jonka taustalla ovat asiakkaat tai heidän omaisensa. Olen saanut tutkimukseeni virallisen tutkimusluvan.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidossa fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja miten kyseisiä tapahtumia ennaltaehkäistään ja hoidetaan. Lisäksi halutaan selvittää vaikuttaako väkivalta tai sen uhka työntekoon ja mitkä ovat olleet väkivallan tai uhkailun syyt. Tavoitteena on, että työnantaja saisi tietoa mahdollisista väkivaltatapahtumista, ja pystyisi hyödyntämään tutkimuksesta saatua tietoa käytännössä, esimerkiksi parantamalla ennaltaehkäisevää toimintaa ja tilanteiden jälkipuintia. Tavoitteena on myös lisätä työntekijöiden tietoisuutta asiasta, jotta heilläkin olisi mahdollisuus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi tapahtumiin sekä omaan turvallisuuteensa.

Tähän tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Kaikki saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja lopuksi hävitetään asianmukaisesti, sillä ne ovat vain tätä opinnäytetyötä varten. Vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Tutkimukseen vastaamiseen kuluu aikaa n. 10 minuuttia. Vastausaikaa on pari viikkoa ja lomakkeet palautetaan niille osoitettuun suljettuun laatikkoon.

Olen kiitollinen vastauksistanne, sillä ne ovat hyvin tärkeitä tutkimuksen toteutuksen ja tiedon luotettavuuden kannalta! Mikäli teille tulee kysyttävää, olkaa rohkeasti yhteydessä! Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, jossa se on kaikkien luettavissa.

Ystävällisin terveisin, Anu Niemelä

Opinnäytetyön ohjaaja, yliopettaja Paula Hakala

LIITE 2

Valitse Sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto ympäröimällä vaihtoehtoa vastaava numero.

1. Oletko

1. Nainen
2. Mies

2. Oletko

1. Alle 20 vuotias
2. 20–30 vuotias
3. 31–40 vuotias
4. 41–50 vuotias
5. Yli 50 vuotias

3. Oletko ammatiltasi

1. Lähihoitaja/perushoitaja
2. Sairaanhoidaja
3. Terveystenhoitaja
4. Muu, mikä? _____

4. Kauanko olet ollut töissä kotihoidossa/kotisairanhoidossa?

1. Alle vuosi
2. 1-2 vuotta
3. 3-4 vuotta
4. Yli 5 vuotta

5. Onko työsuhteesi

1. Vakituinen
2. Lyhyt sijaisuus
3. Pitempiaikainen sijaisuus
4. Muu, mikä? _____

6. Onko työsi

1. Yksivuorotyötä
2. Kaksivuorotyötä
3. Kolmivuorotyötä

7. Oletko saanut riittävän turvallisuusperehdytyksen (ohjeet/koulutus) työhösi?

1. Kyllä
2. En

8. Onko työpaikallasi käsitelty työsuojelun toimintaohjelman tavoitteet?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

9. Löytyykö työpaikaltasi työsuojeluvaltuutettua (esimerkiksi joku työkaverisi)?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

10. Onko työpaikallasi kerrottu väkivallan tai sen uhan riskeistä?

1. Kyllä
2. Ei

11. Onko työpaikallasi sovittu yhteisistä toimintatavoista liittyen uhka ja väkivaltatilanteisiin?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

12. Onko yksintyöskentelyn turvallisuuteen kiinnitetty huomiota?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

13. Oletko kokenut työurasi aikana väkivaltaa tai sen uhkaa?

1. Kyllä
2. En

14. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin oliko se (voit valita molemmat)

1. Fyysistä eli ruumiillista väkivaltaa (Mm. töniminen, lyöminen, potkiminen, pureminen, raapiminen, lähentely, koskettelu)
2. Psyykkistä eli henkistä väkivaltaa (Mm. haukkuminen, uhkailu, pelottelu, huutaminen, loukkaaminen, seksuaalisesti vihjaavat eleet, ilmeet, ehdotukset tai puheet, härskit puheet)

15. Jos olit kokenut fyysistä väkivaltaa, niin mitä seuraavista vaihtoehtoista (voit valita useamman)

1. Töniminen
2. Lyöminen
3. Potkiminen
4. Pureminen
5. Raapiminen
6. Fyysinen lähentely
7. Fyysinen koskettelu
8. Muuta, mitä? _____

16. Jos olit kokenut psyykkistä väkivaltaa, niin mitä seuraavista vaihtoehtoista (voit valita useamman)

1. Haukkuminen
2. Uhkailu
3. Pelottelu
4. Nöyryyttävää kohtelua
5. Loukkaaminen
6. Eristäminen
7. Toiminnan rajoittaminen
8. Arvostelu
9. Seksuaalisesti vihjaavat
 - 9.1. eleet
 - 9.2. ilmeet
 - 9.3. ehdotukset
 - 9.4. puheet
10. Muuta, mitä? _____

17. Jos olet kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, niin kuinka usein?

1. Harvoin
2. Vuosittain
3. Kuukausittain
4. Viikoittain tai useammin

18. Ovatko väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyneet henkilöt olleet (voit valita useamman)

1. Päihdeongelmaisia (alkoholi, lääkkeet, huumeet) asiakkaita
2. Muistisairaita asiakkaita
3. Mielenterveysasiakkaita
4. Jonkin vamman omaavia asiakkaita
5. Asiakkaiden omaisia
6. Joku muu, kuka? _____

19. Mitkä ovat olleet syitä väkivaltakäytökseen tai uhkailuun? (voit valita useamman)

1. Asiakkaan aggressiivisuus
2. Asiakkaan provosoituminen (ärsyyntyminen, hermostuminen)
3. Työntekijän provosoituminen (ärsyyntyminen, hermostuminen)
4. Konfliktitilanne esim. omaisen kanssa (ristiriitatilanne, yhteensopimattomuus, esim. käsitysten, tunteiden tai tahdon kanssa)
5. Muu, mikä? _____

20. Oletko tehnyt ilmoituksen (HaiPro) tapahtuneesta väkivallasta tai sen uhasta?

1. Kyllä
2. En

21. Oletko hakenut apua ja tukea?

1. Kyllä
2. En

Jos vastasit ”En” siirry kysymykseen numero 24.

22. Mistä olet saanut apua ja tukea kohtaamasi väkivallan tai uhan käsitte-lyssä? (voit valita useamman)

1. Esimieheltä
2. Työkavereilta
3. Työterveydestä
4. Työsuojelusta
5. Perheeltä
6. Läheisiltä/Ystäviltä
7. Muualta, mistä? _____

23. Onko saamasi apu ja tuki ollut (voit valita useamman)

1. Yhteiskeskustelua muiden työntekijöiden kanssa
2. Kahdenkeskistä keskustelua työpaikalla
3. Henkistä jälkihoitoa mm. psykologilta (esim. defusing = heti tapahtumien jälkeen henkistä ensiapua, debriefing = 2-3 vrk tapahtumista, puhetta tunteista, ajatuksista, tulevaisuuden reaktioista; kokonaisvaltaista, pidempiaikaista tukea, esim. ammatillista vertaistukea)
4. Sairaslomaa
5. Lääkehoitoa
6. Muuta, mitä? _____

24. Onko väkivalta tai sen uhka aiheuttanut (voit valita useamman)

1. Pelkoa
2. Ahdistusta
3. Uniongelmia
4. Itsesyytöksiä/syyllisyyttä
5. Kiukunpuuskia
6. Häpeää
7. Turvattomuutta
8. Traumoja
9. Muuta, mitä? _____

25. Oletko joutunut olemaan poissa töistä väkivallan tai sen uhan vuoksi?

1. Kyllä
2. En

Kiitos vastauksestasi! ☺